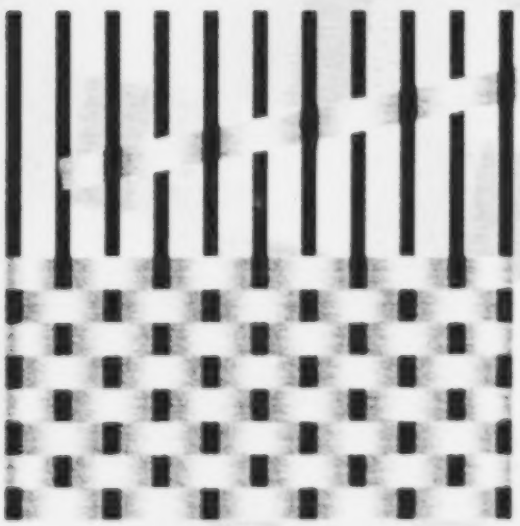
Document
en consultation

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

PROJET CONSOLIDATION
1999-2002

Une vision d'amélioration continue

Pour un réseau



tissé serré

- Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.
- L'appellation région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec désigne les deux régions administratives 04 et 17.
- Le plan de transformation tel qu'adopté le 1er mai 1996 réfère au document intitulé *La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie - Bois-Francs, Décisions 1996*.

Conception et mise en page
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec (10/12/98)

Reproduction totale ou partielle autorisée, avec mention de la source.
Document disponible sur le site Web de la Régie régionale
http://www.rrsss04.gouv.qc.ca

Dépôt légal - 4e trimestre 1998
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Pour un réseau tissé serré

Préambule

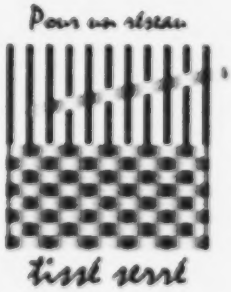
Au cours des trois prochaines années, la Régie régionale s'engage auprès de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec à consolider le réseau de la santé et des services sociaux. Ce processus de consolidation s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services. L'objectif ultime, en faire un *réseau tissé serré*, c'est-à-dire un réseau solide, qui se concerte et dont les multiples composantes s'unissent pour réussir à offrir des services de qualité, accessibles partout sur le territoire et continus.

Un *réseau tissé serré*, c'est un réseau qui se resserre autour des besoins des personnes et que l'on retrouve le plus près possible du milieu de vie. C'est aussi un réseau dont les mailles, très rapprochées, ne laissent pas de vide entre elles et qui, par conséquent, travaille de manière à ne rien laisser échapper. Enfin, c'est un réseau qui peut aujourd'hui tisser sur la base des nouvelles structures mises en place lors de la phase de transformation.

L'ouvrage est donc déjà sur le métier, il faut le poursuivre, l'achever, le consolider. Tous les acteurs concernés par les problématiques de santé et de services sociaux doivent maintenant entrelacer leurs fils autour des structures en place pour en produire une étoffe de qualité.

C'est pourquoi, la Régie régionale interpelle une fois de plus les hommes et les femmes œuvrant au sein du réseau, les partenaires des autres secteurs d'activités et la communauté elle-même pour que tous, au moyen de leurs compétences respectives, apportent leur contribution et unissent leurs efforts autour d'un ouvrage commun dont le seul motif est la santé et le bien-être de la population.

Dès lors, la population pourra profiter des avantages d'un *réseau tissé serré* parce qu'il sera devenu plus fort, mieux intégré. Bref, un réseau consolidé.



106-03589/

Liste des acronymes utilisés dans ce document

CH	Centre hospitalier
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CJ	Centres jeunesse
CLD	Centre local de développement
CLSC	Centre local de services communautaires
CMR	Commission médicale régionale
CQRS	Conseil québécois de recherche sociale
CR	Centre de réadaptation
CRD	Conseil régional de développement
CRSC	Comité régional de sécurité civile
CSDI	Centre de services en déficience intellectuelle
DRMG	Département régional de médecine générale
EXTRA	Programme expérience de travail
FASS	Fonds pour l'adaptation des services de santé
FCRSS	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
FRSQ	Fonds de la recherche en santé du Québec
GAIVA	Groupe d'analyse de l'impact du virage ambulatoire sur les services en CLSC
MRC	Municipalité régionale de comté
OLO	Œufs, lait, oranges
ORSC	Organisation régionale de sécurité civile
PIJ	Programme d'information jeunesse
PNRDS	Programme national de recherche et de développement en matière de santé
PROMU	Plan régional d'organisation des mesures d'urgence
PSBE	Politique de la santé et du bien-être
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RTSSS	Réseau télécommunication santé et services sociaux
SACA	Secrétariat de l'action communautaire autonome
SICHELD	Système d'information clientèle en hébergement et soins de longue durée
SIIATH	Système d'information intégré des activités transfusionnelles d'hémovigilance
SIRTF	Système d'information ressources de type familial
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SOC	Soutien aux organismes communautaires
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
VVS	Villes et villages en santé

TABLE DES MATIÈRES

Préambule 3

Liste des acronymes 4

Introduction 9

PARTIE 1 LES ORIENTATIONS 13

Les niveaux d'organisation des services 13

Les orientations et les stratégies 16

Orientation 1 Agir sur les causes des problèmes en accentuant la promotion et la prévention 16
Orientation 2 Rendre accessibles dans chaque territoire tous les services possibles 17
Orientation 3 Assurer l'accès rapide et équitable aux services spécialisés et surspécialisés 18
Orientation 4 S'assurer que les services soient coordonnés et personnalisés 18
Orientation 5 Utiliser les ressources de façon efficace et efficiente 19
Orientation 6 Mesurer l'efficience, l'efficacité et les effets des services 20
Orientation 7 Adapter la gestion des organisations en misant sur l'engagement et le développement des personnes 21
Orientation 8 Informer adéquatement la population sur les services disponibles 21

PARTIE 2 DE NOUVEAUX RÔLES, DE NOUVELLES FAÇONS DE PENSER ET DE NOUVEAUX PARTENARIATS 25

La participation au développement des communautés : la lutte à la pauvreté et la mobilisation intersectorielle 25
- La lutte à la pauvreté 25
  - Les mesures préconisées 26
- La mobilisation intersectorielle 26
  - Les mesures préconisées en lien avec le développement d'une vision commune 27
  - Les mesures préconisées en lien avec la concertation intersectorielle 27

L'intégration sociale 27
- Les mesures préconisées 28

La santé, le bien-être et les conditions de vie des femmes 28
- Les mesures préconisées 29

Le soutien aux organismes communautaires 29
- Les mesures préconisées 30

PARTIE 3 LES SERVICES À LA POPULATION 35

L'affiliation universitaire 35
- Les mesures préconisées 35

Les effectifs médicaux 35
- Les mesures préconisées 36

Les activités de santé publique 36

Le développement de milieux sains et sécuritaires 37
- Les mesures préconisées 37

Le soutien aux interventions cliniques préventives 37
- Les mesures préconisées 37

La protection de la santé de la population 37
- Les mesures préconisées 38

La planification des mesures d'urgence 38
- Les mesures préconisées 38

Les services en santé physique 39

Les services de base en santé physique 39
Les mesures préconisées 40
Les indicateurs de mesures pour les services de base 41
Les services spécialisés et surspécialisés 41
Les mesures préconisées 42
L'accessibilité aux services de chirurgie et aux services diagnostiques 43
La mesure préconisée 43
Le système intégré de soins en traumatologie 43
Les mesures préconisées 43
Le programme de lutte contre le cancer 43
Les mesures préconisées 43
Le programme ambulatoire des services spécialisés 43
La mesure préconisée 43
La dialyse rénale 44
Les mesures préconisées 44
Les objectifs et les indicateurs de mesures pour les services spécialisés et surspécialisés 44

Les services en santé sociale 44

La santé mentale 44
Les mesures préconisées 44
L'enfance, la jeunesse et la famille 45
Les mesures préconisées 46
L'alcoolisme et la toxicomanie 47
Les mesures préconisées 47
La déficience physique 47
Les mesures préconisées 47
La déficience intellectuelle 49
Les mesures préconisées 49
Les personnes âgées 50
Les mesures préconisées 51

Autres services 52

Les ressources non institutionnelles 52
Les mesures préconisées 53
L'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise 53
Les mesures préconisées 53

PARTIE 4 LES RESSOURCES HUMAINES DU RÉSEAU 57

Le contexte et les orientations 57
Les stratégies associées au défi les ressources humaines 58
Les mesures préconisées en lien avec les trois stratégies 58
Les mesures spécifiques à la fois aux stratégies sur l'utilisation optimale des ressources humaines et le développement des personnes 60
Les mesures préconisées spécifiques au développement des personnes 60
Les indicateurs de mesures 61

PARTIE 5 LES RESSOURCES MATÉRIELLES 65

Le parc immobilier 65
Les mesures préconisées 65
La gestion des équipements 65
La mesure préconisée 66
La modernisation du réseau 66
Les mesures préconisées 68

PARTIE 6 LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES 71

Les ressources informationnelles 71
Les mesures préconisées 71

PARTIE 7 LES RESSOURCES FINANCIÈRES 75

Les perspectives 76
Les stratégies de financement retenues au plan de transformation de mai 1996 77
Les stratégies de financement du projet Consolidation 1999-2002 78
Créer un fonds permanent de soutien à l'innovation 80
Viser le retour rapide à l'équilibre budgétaire 81
Maintenir le cap vers l'équité intrarégionale 82
Obtenir l'équité interrégionale 82

PARTIE 8 LE MONITORAGE DES RÉSULTATS ET L'ÉVALUATION 85

Le cadre de référence pour le monitorage de l'organisation des services 85
La démarche relative au monitorage des résultats 87
L'évaluation et l'implantation de mesures de prévention et de promotion de la santé 88
Les autres démarches 88

PARTIE 9 L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES 93

Un concept général de service 93
Un contrat le plus limpide possible 94
Les mesures préconisées 94

PARTIE 10 L'INFORMATION À LA POPULATION 99

La perception de la population envers la transformation 99
Le personnel du réseau et l'information 100
Les orientations 100
Les orientations nationales 100
Le territoire local 100
L'information à la population et aux personnes qui contribuent au réseau régional 101
Un plan de communication réseau 101

PARTIE 11 LES CONDITIONS DE RÉALISATION 105

Le territoire comme lieu privilégié de concertation 105
Des défis communs à tous les services à la population 106
Des continuums de services selon les clientèles 106
Des mécanismes de coordination cliniques interdisciplinaires et interservices 106
Gestion de l'informatisation dans les pratiques cliniques 107
Gestion du maintien de compétence par la formation continue 107
Partage d'une vision intégrée de l'évaluation : monitoring, reddition de comptes, recherche 107
Un consensus fort des clients, des partenaires sectoriels et intersectoriels, des décideurs, des professionnels et des médecins 107

PARTIE 12 LA DÉMARCHE DE CONSULTATION 111

Les séances d'information 111
La consultation 111
Les avis écrits 112
La concertation territoriale et régionale 112
La parole aux usagers 113
Les instances de la Régie régionale 113
Les audiences publiques 113
Cheminement des avis écrits et des commentaires reçus 113
Arrangements spéciaux 114

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 115

Introduction

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec entreprend une démarche de consolidation des services offerts par le réseau régional. Cette démarche se déroulera au cours des trois années à venir et elle s'appuiera sur le document *Consolidation 1999-2002*.

Le projet de consolidation s'inscrit à la suite d'une importante phase de réorganisation des services et des établissements, lancée en mai 1996, avec le plan de transformation. Force est de reconnaître que la transformation du réseau s'est avérée un projet ambitieux, tant par les modifications apportées à la structure des établissements que par le virage pris pour livrer les services à la population. À ce titre, il suffit de rappeler les compressions budgétaires, les nombreuses fusions, les modifications dans les approches d'intervention, les départs de personnel à la retraite et la gestion du changement comme réalité permanente.

De tels changements bouleversent nécessairement les façons de faire et imposent des moments difficiles pour les hommes et les femmes qui œuvrent au sein du réseau. Lors du bilan régional effectué à l'automne 1997 et à l'hiver 1998, les administrateurs, les gestionnaires et le personnel ont exprimé leur essoufflement et leur besoin de stabilité tant au sein de leur organisation interne que dans leurs relations avec les partenaires.

Tous ces facteurs militent en faveur d'un ajustement du rythme de transformation qui ne peut plus être aussi rapide et pressant qu'au cours des deux dernières années.

En revanche, il s'avère tout aussi capital de considérer que la transformation a aussi permis d'obtenir des acquis majeurs pour la région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec. Entre autres, il est dorénavant possible d'observer une réduction des écarts dans l'accès aux services entre les territoires de même qu'une meilleure équité en regard de l'allocation des ressources.

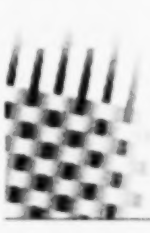
Pour la Régie régionale, la fin des grands bouleversements appelle maintenant une réorientation des actions et des énergies vers des objectifs de consolidation. Ainsi, le défi pour 1999-2002 en Mauricie et au Centre-du-Québec sera de consolider les services offerts à la population et de renforcer les liens de partenariat et de maillage entre les établissements, de façon à créer un véritable réseau de services intégrés qui, en plus de permettre un meilleur accès à la population, offrira également la garantie d'une plus grande qualité de services.

Mais attention, consolidation ne signifie pas pour autant stagnation ou inaction. Au contraire, bien que les principales préoccupations de la Régie régionale demeurent sensiblement les mêmes depuis 1996, elles doivent néanmoins s'adapter aux besoins changeants de la population et au contexte dans lequel elles évoluent. C'est pourquoi, tout en consolidant les acquis, le projet *Consolidation 1999-2002* mise également sur la nécessité de demeurer souple et ouvert pour pouvoir s'adapter aux nouvelles réalités.

L'une des préoccupations toujours actuelle pour la Régie régionale demeure le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Tout comme ce fut le cas pour la transformation en 1996, le projet de consolidation vise également l'atteinte de cet objectif. Telle est la raison d'être de la Régie régionale et du réseau.

Toutefois, l'engagement seul du réseau ne saurait suffire pour apporter de véritables améliorations. C'est pourquoi, dans son projet *Consolidation 1999-2002*, la Régie régionale désire impliquer l'ensemble des acteurs qui ont de l'influence sur le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ainsi, en plus de rejoindre les administrateurs et les intervenants des établissements du réseau et des organismes communautaires, la Régie interpelle les acteurs des autres secteurs d'activités. À ce titre, elle vise à rallier les forces et les contributions autour d'un plan d'action partagé dans une démarche de consultation transparente et collective.

Dans l'intention de lancer le débat et de favoriser des échanges fructueux, dans son projet *Consolidation 1999-2002*, la Régie régionale formule des propositions claires à l'endroit des différents acteurs quant aux orientations communes à poursuivre, aux résultats à atteindre et aux mesures à mettre en place.



De son côté, la Régie régionale s'engage clairement auprès de la population de par les défis qu'elle se lance et qu'elle lance au réseau. Ces défis amèneront la Régie et les établissements à se dépasser encore davantage vers des cibles communes d'accessibilité et de qualité des services pour une plus grande satisfaction de la clientèle et ce, pour les trois prochaines années.

La diffusion du projet *Consolidation 1999-2002* marque donc le début de la consultation publique qui se tiendra jusqu'au 3 février 1999. Au terme de cette démarche, la Régie régionale entend réviser son projet à la lumière des propositions et des commentaires qui auront été formulés par les partenaires et les groupes concernés. Le projet révisé sera ensuite soumis à son conseil d'administration pour adoption en mars 1999. Le projet deviendra alors le plan de consolidation des services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002.

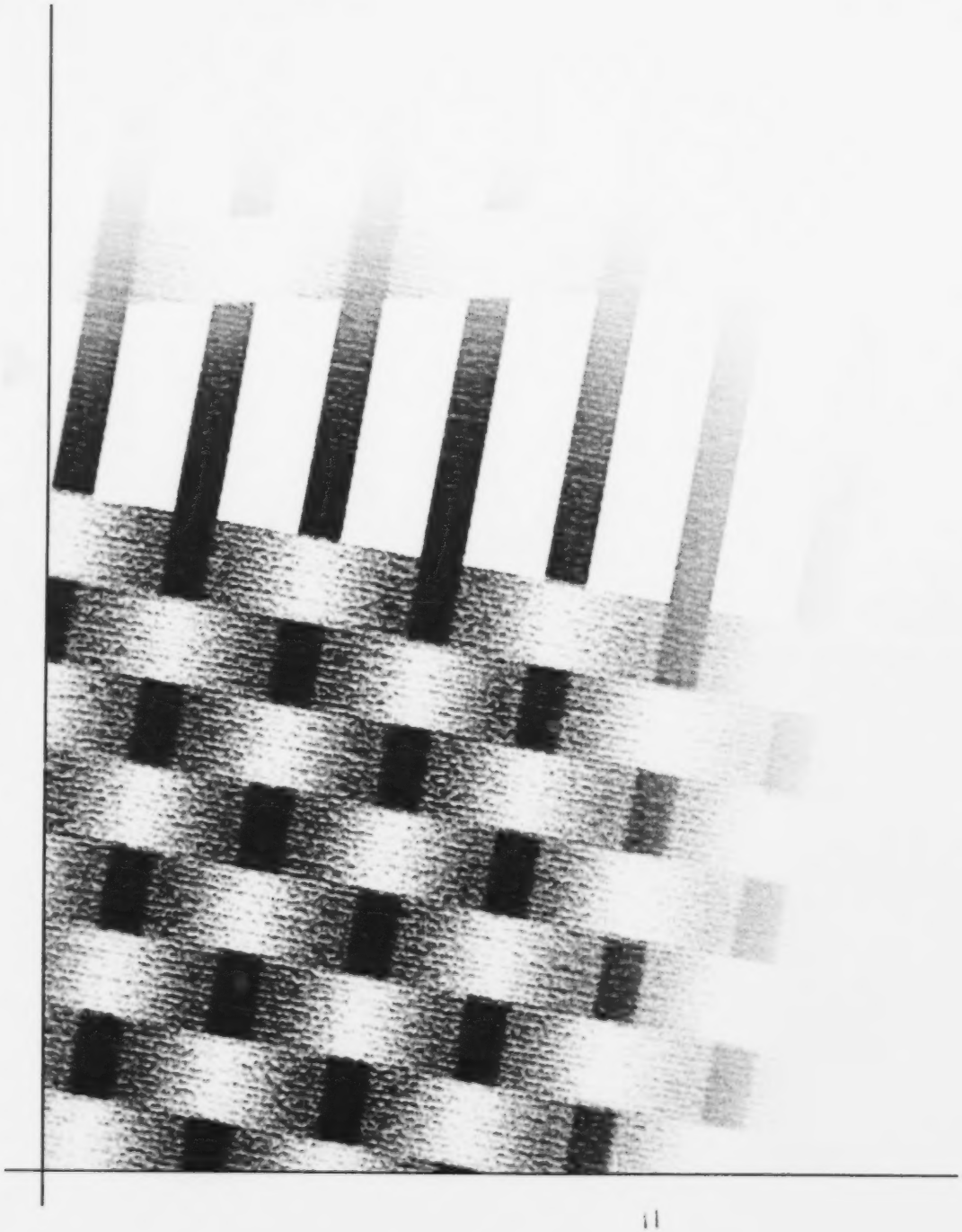
Le présent document expose le projet de consolidation tel que soumis pour consultation. Il est composé de douze parties. D'abord, la première section présente les huit orientations qui guideront les actions de consolidation à mener au cours des trois prochaines années. La deuxième partie propose de nouveaux rôles, de nouvelles façons de penser et de nouveaux partenariats à développer pour permettre l'atteinte des objectifs de consolidation. Quant à la troisième partie, elle porte plus spécifiquement sur les services à offrir à la population. Ainsi, pour les grands secteurs que sont la santé publique, la santé physique et la santé sociale, des mesures concrètes sont proposées de façon à favoriser un plus grand accès et une meilleure qualité de services.

De la quatrième à la septième partie, le lecteur trouvera les actions à prioriser en regard des ressources humaines, matérielles, informationnelles et financières. Vers la fin du document, soit de la huitième à la dixième partie, sont abordés tour à tour le monitorage des résultats et de l'évaluation, l'amélioration continue de la qualité des services et l'information à la population. À la onzième partie sont décrites les conditions qui permettront d'assurer la réussite de ce projet. Enfin, la douzième et dernière partie fait état des différentes étapes de la présente démarche de consultation.

10

Partie 1

LES ORIENTATIONS



LES ORIENTATIONS

Avant d'aborder les huit orientations qui guideront les actions futures, il s'avère essentiel de définir quels sont les niveaux d'organisation des services mis de l'avant dans le cadre du projet *Consolidation 1999-2002* par rapport à ceux retenus en 1996. Ainsi, dans le plan de transformation, il était question de quatre niveaux d'organisation des services : local, sous-régional, régional et national.

Dans le cadre du projet *Consolidation 1999-2002*, seulement trois niveaux d'organisation et d'accès aux services sont préconisés pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, soit les paliers territorial (ou local), régional et national.

Le palier sous-régional, qui existait principalement pour identifier le bassin de desserte des centres hospitaliers, est remplacé par une responsabilité conjointe et solidaire de ces établissements envers toute la population de la région.

Les niveaux d'organisation des services

Le découpage sociosanitaire de la région

Le Québec est découpé géographiquement en régions et en territoires pour diverses fins. Il y a les régions administratives, les territoires de MRC, les territoires de commission scolaire, les comtés, etc. D'un secteur à l'autre, ces découpages ne sont pas concordants entre eux. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a son propre découpage géographique du Québec, constitué de deux niveaux : les régions et les territoires sociosanitaires.

Ainsi, le Québec compte sur la présence de 18 régions sociosanitaires. Bien que le Centre-du-Québec et la Mauricie constituent deux régions administratives dans d'autres secteurs d'activités, ils ne forment qu'une seule et même région sociosanitaire aux fins de la planification, de l'organisation et de la coordination des services de santé et des services sociaux. À ce titre, la Mauricie et le Centre-du-Québec forment la région 04, la région 17 étant le Nunavik.

Par ailleurs, le Ministère découpe géographiquement le Québec en 169 territoires sociosanitaires correspondant aux 169 territoires de centres locaux de services communautaires (CLSC) qui existaient avant les fusions et intégrations administratives des dernières années. En effet, 150 établissements de type CLSC desservent actuellement ces 169 territoires sociosanitaires. Cette subdivision en 169 territoires sociosanitaires est surtout utilisée pour les fins de traitement et d'analyse des données sociosanitaires (données démographiques, de mortalité, de morbidité, etc.).

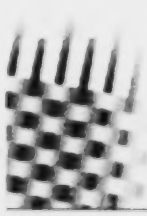
En Mauricie et au Centre-du-Québec, il y a douze territoires sociosanitaires désormais desservis par onze CLSC. Le CLSC Vallée de la Batiscan couvre les territoires sociosanitaires Des Chenaux et Mékinac. Les dix autres CLSC desservent chacun un territoire sociosanitaire.

Ces nuances étant faites, il faut comprendre que depuis la constitution du CLSC Vallée de la Batiscan, la planification, l'organisation et la coordination des services en Mauricie et au Centre-du-Québec sont pensées et mises en œuvre en fonction de l'existence de onze territoires de desserte de CLSC. Conséquemment, la notion de territoire mise de l'avant dans le présent document fait référence exclusivement, et en tout temps, aux onze territoires de desserte des établissements de type CLSC.

Le territoire

Tous les services possibles, requis par la population, doivent être accessibles par territoire, c'est-à-dire disponibles ou consommés dans le territoire même du lieu de résidence des citoyens. La Mauricie et le Centre-du-Québec comptent au total onze territoires.

Dans chacun de ces territoires opère un CLSC. C'est l'élément distinctif qui détermine le niveau territorial. Il correspond donc à l'aire de desserte des établissements à mission CLSC. Six des onze CLSC ont également une mission d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Quatre d'entre eux, et



plus particulièrement le Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice, cumulent aussi une mission de nature hospitalière. Le tableau 1 illustre les onze territoires et les établissements correspondants.

Le territoire est le premier niveau d'organisation des services. Les établissements et organismes, tant locaux que régionaux, y offrent des services qui peuvent être de base ou spécialisés. Les CLSC et les CHSLD sont des établissements qui ont un mandat de niveau local.

Aussi, la Régie régionale s'attend à ce que le CLSC de chaque territoire initie la concertation territoriale et mette en place les mécanismes pour favoriser une organisation rendant accessibles tous les services possibles (de base et spécialisés) pour les citoyens résidants. Ces mécanismes associeront les établissements locaux et régionaux, les organismes communautaires, les cabinets de médecins, les pharmaciens et les organismes intersectoriels. En agissant de la sorte, la qualité, l'accessibilité, la continuité et la cohérence des services offerts à la population seront améliorées.

La région

Certains services sont organisés et offerts sur une base régionale. Ce sont ceux qui ne peuvent être dispensés territorialement pour l'un ou l'autre des trois motifs suivants : la constitution d'une masse critique en termes de réponse efficiente et efficace à des besoins spécifiques de services, la nécessité d'un plateau technologique coûteux, le recours à une main-d'œuvre spécialisée et rare qui a avantage à être regroupée pour le maintien et le développement de cette expertise. En regard de ces services offerts sur une base régionale, la Régie régionale vise à s'assurer que la population ait un accès rapide et équitable aux services.

Les établissements à vocation régionale sont les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, le Centre de réadaptation InterVal, le Centre Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec, le Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie et Centre-du-Québec, de même que le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie pour le volet santé mentale.

Ces établissements offrent des services spécialisés et la Régie régionale reconnaît leur expertise respective dans chacun des continuums de services dans lesquels ils occupent une place importante, mais non exclusive. Ils ont le devoir d'être à la fine pointe et aussi la responsabilité de partager et diffuser la connaissance et d'investir dans les activités de formation, de consultation et de support auprès de leurs différents partenaires. Les énergies à déployer pour habiliter leurs partenaires devraient être un mouvement par lequel certaines activités génériques pourraient de plus en plus être assumées par les établissements à portée territoriale. Pour jouer pleinement leurs rôles, ils seront appelés à délaisser certains secteurs pour investir leurs ressources dans la spécialisation de leurs services auprès de problématiques spécifiques.

La région dispose également d'un centre hospitalier à statut régional. Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières assume en effet des mandats régionaux dans certaines spécialités de pointe.

À l'image d'un consortium, les centres hospitaliers doivent concevoir qu'ils sont un ensemble qui assume et partage la responsabilité de répondre aux besoins de la population de toute la région.

Les centres hospitaliers sont responsables collectivement de mener des travaux en matière d'accès aux services spécialisés de santé physique et de santé mentale. Ces établissements sont le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska et l'Hôpital Sainte-Croix. Le Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice, qui est un établissement à portée territoriale, opère certains services hospitaliers inclus dans le mandat régional de santé physique.

Tous ces établissements ont la responsabilité de :

- Rendre leurs services spécialisés accessibles de façon équitable à la population de tous les territoires et réaffecter leurs ressources en conséquence, lorsque nécessaire.
- Déployer leurs services sur une base locale, lorsque cela est possible.
- S'associer aux établissements et organismes de chaque territoire pour coordonner leurs actions et assurer à la population un accès à la gamme la plus complète possible de services.
- Appuyer les partenaires locaux, entre autres, par leur expertise spécialisée.
- Coordonner leurs services avec les autres établissements à mandat régional, particulièrement pour garantir une réponse adéquate aux personnes vivant plusieurs problématiques.
- Établir formellement les ententes de services nécessaires avec les partenaires locaux, régionaux et nationaux.

Tableau 1 : **Liste des établissements par territoire**

Territoires	CLSC (Centres locaux de services communautaires)	Centres hospitaliers	CHSLD (Centres d'hébergement et de soins de longue durée)	Centres de réadaptation
Haut-St-Maurice	Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice			
Mékinac-Des Chenaux	CLSC Vallée de la Batiscan		CHSLD Regroupement Mékinac-Des Chenaux	
Centre-de-la-Mauricie	CLSC du Centre-de-la Mauricie	CH du Centre-de-la-Mauricie	CHSLD du Centre-Mauricie Centre d'accueil Les Chutes (privé-conventionné)	
Du Rivage	Regroupement Cloutier-Du Rivage			
Les Forges	CLSC Les Forges	CH régional de Trois-Rivières	CHSLD LeTrifluvien	
Valentine-Lupien	Regroupement santé et services sociaux de la MRC de Maskinongé			
Nicolet-Yamaska	Complexe de la santé et des services sociaux Nicolet-Yamaska			
Les blés d'or	CLSC-CHSLD Les blés d'or			
Suzor-Coté	CLSC Suzor-Coté	CH Hôtel-Dieu d'Arthabaska	CHSLD de la MRC d'Arthabaska Foyer Sts-Anges (privé-conventionné)	
Drummond	CLSC Drummond	Hôpital Sainte-Croix	CHSLD Coeur-du-Québec	
De l'Érable	CLSC-CHSLD de l'Érable		Hôpital Saint-Julien	
Régional				Centre de réadaptation InterVal; Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec; Domrémy Mauricie/ Centre-du-Québec; les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

De plus, ils se doivent de développer davantage leur expertise pour faire face à l'émergence de problématiques nouvelles et pour assumer une plus grande prise en charge et une meilleure autonomie régionale.

Ils sont conviés à investir encore davantage dans le développement des connaissances. Leur implication dans la recherche mérite d'être encouragée et leur volonté de s'associer de près au monde de l'enseignement et de la recherche doit être appuyée.

Ce rapprochement doit pouvoir s'incarner formellement par des ententes avec des groupes de recherche, par le développement d'affiliations universitaires et par la reconnaissance d'un statut d'institut universitaire.

Pour sa part, la Régie régionale s'engage à développer, avec ces établissements, des rapports plus étroits et mieux soutenus. Elle compte saisir les opportunités de mise à contribution de leur expertise dans la conduite de différents travaux régionaux sous sa responsabilité.

La province

La population de la Mauricie et du Centre-du-Québec doit recourir à des établissements de niveau national mandatés pour certains services spécialisés et surspécialisés qui sont généralement dispensés par des centres universitaires.

La Régie régionale s'attend à une collaboration de la part des établissements des autres régions qui offrent ces services. Ils doivent contribuer à la mise en place de mécanismes de référence et d'accueil de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, lui donner un accès équitable et respecter le niveau d'urgence de chaque situation.

De plus, tout comme en radio-oncologie, la Régie régionale estime qu'elle doit initier une dynamique qui vise à s'approprier, en collaboration avec les établissements de la région et dans la mesure du possible, les services surspécialisés qui auraient avantage à être dispensés au plan régional.

Les orientations et les stratégies

Lors du bilan réalisé à l'automne 1997 et à l'hiver 1998, les orientations du plan de transformation de 1996 n'ont pas été remises en cause de manière générale. Celles préconisées dans le projet *Consolidation 1999-2002* s'en inspirent donc fortement. Cependant, ces orientations prennent, en 1998, un sens nouveau influencé par l'environnement actuel du réseau de la santé et des services sociaux.

Le projet de consolidation pour les trois années à venir propose donc huit orientations.

Orientation 1 : Agir sur les causes des problèmes en accentuant la promotion et la prévention.

Orientation 2 : Rendre accessibles dans chaque territoire tous les services possibles.

Orientation 3 : Assurer l'accès rapide et équitable aux services spécialisés et surspécialisés.

Orientation 4 : S'assurer que les services soient coordonnés et personnalisés.

Orientation 5 : Utiliser les ressources de façon efficace et efficiente.

Orientation 6 : Mesurer l'efficience, l'efficacité et les effets des services.

Orientation 7 : Adapter la gestion des organisations en misant sur l'engagement et le développement des personnes.

Orientation 8 : Informer adéquatement la population des services disponibles.

Dans cette section sont définies sommairement les huit orientations sur lesquelles s'est construit l'ensemble du projet de consolidation, puisqu'elles en constituent la base.

Orientation 1 : **Agir sur les causes des problèmes en accentuant la promotion et la prévention**

L'approche préconisée est d'agir sur les causes des problèmes sociaux et de santé afin d'éviter ou de retarder leur apparition. Ceci consiste en un virage vers la promotion et la prévention. Cette approche s'inscrit dans la continuité de la *Politique de la santé et du bien-être*, des *Priorités nationales de santé publique*, des *Stratégies d'action prioritaires 1995-2001* et des démarches nationales pour la révision de la Loi sur la protection de la santé publique et la mise en place d'un programme national de santé publique.

Agir selon cette approche implique une évolution des façons de faire et davantage d'actions sur les déterminants sociaux et économiques et les habitudes de vie. Ces actions, particulièrement celles

qui contribuent à améliorer les conditions de vie et les milieux de vie, non seulement favorisent la réduction de la pauvreté, mais permettent aussi les gains les plus significatifs pour la santé des individus et des communautés.

Ce virage vers la promotion et la prévention exige que plusieurs partenaires autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé et des services sociaux mettent l'épaule à la roue. Pour poursuivre la mise en œuvre de cette première orientation, la Régie régionale mettra donc de l'avant, au cours des prochaines années, les stratégies suivantes :

- Consolider le financement en promotion et prévention :

La Régie régionale considère que, dans l'ensemble de l'enveloppe budgétaire, 70 $ per capita devraient être consacrés aux activités de promotion, de prévention et de protection. Ce montant traduit la volonté clairement exprimée de la Régie régionale d'accentuer la prévention et la promotion de la santé. Actuellement, les ressources consacrées pour des activités de promotion, prévention et protection sont de l'ordre de 19 M $, ce qui représente un per capita de 38,50 $, soit environ 3,28 % de l'enveloppe régionale. Les propositions du projet de consolidation auront pour effet de porter les investissements à 35 M $, soit environ 6% de l'enveloppe budgétaire actuelle. Le financement additionnel requis pour atteindre cet objectif pourra se réaliser à la fois à partir des réallocations à même l'enveloppe actuelle et, le cas échéant, des ressources dégagées dans le cadre des priorités nationales et régionales.

Ces montants permettront de consolider l'ensemble des activités, tant aux paliers local que régional, permettant de protéger et promouvoir la santé de la population det de prévenir efficacement les problèmes sociaux et de santé.

- Convenir des services à mettre en place dans chaque territoire. Dans les trois prochaines années, la Régie régionale compte :
  - ~ Mener des travaux en lien étroit avec les partenaires, notamment les CLSC, afin de définir les planchers de services et les marges de manœuvre territoriales compris à l'intérieur de cet objectif de 70 $ per capita.
  - ~ Définir, en concertation avec les partenaires, les mécanismes de reddition de comptes à mettre en place pour assurer la disponibilité, dans chacun des territoires, des services définis dans les planchers.
- Soutenir les changements de pratique des ressources humaines sur qui repose le virage promotion/prévention. Pour ce faire, la Régie régionale entend :
  - ~ Offrir aux partenaires du réseau et des autres secteurs un soutien continu de la part des équipes régionales de la Régie, en particulier sur le développement, l'identification et la diffusion des approches et stratégies d'intervention les plus efficaces ou prometteuses et l'organisation des services en promotion et en prévention.
  - ~ Réaliser des activités afin de faire connaître et de partager le document d'orientation concernant la promotion et la prévention qui sera bientôt déposé et qui structure des actions pour l'avenir.
- Promouvoir les actions et interventions jugées efficaces et prometteuses de même que celles qui agissent sur plusieurs facteurs de risque à la santé tout en mettant en place des mécanismes circulaires (régional→local et local→régional) d'échanges d'expertise.
- Porter un regard régional sur les actions locales et régionales afin de s'assurer de la cohérence entre elles et avec les actions nationales pour en maximiser l'efficacité.

Orientation 2 : **Rendre accessibles dans chaque territoire tous les services possibles**

Cette orientation traduit la volonté de rendre les services accessibles localement, c'est-à-dire pouvant être disponibles et consommés dans chacun des onze territoires de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Elle vise à assurer la plus grande autonomie de ces territoires dans la réponse aux besoins de services de leur population.

Tous les services possibles (au-delà même du 85% décrété en 1996) doivent être accessibles au niveau local à l'exception de ceux qui sont concentrés à un niveau régional ou national pour l'un des trois motifs précédemment énoncés : la constitution d'une masse critique en termes de réponse efficiente et efficace aux besoins de services, la nécessité d'un plateau technologique coûteux, le recours à une main-d'œuvre spécialisée et rare qui a avantage à être regroupée pour le maintien et le développement de son expertise. Conséquemment, la gamme de services accessibles territorialement devra être élargie et principalement les services de maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel.

Cette orientation se fonde sur les stratégies suivantes :

- Convenir d'une nouvelle logique en matière de responsabilité des services qui repose conjointement sur les établissements et les professionnels de pratique privée, plus particulièrement les médecins. Ces partenaires doivent faire partie intégrante de l'organisation locale des services de façon à maximiser leur contribution à la réponse aux besoins de la population.
- Rendre les établissements responsables de la consommation de services de leur population, peu importe le lieu de cette consommation, et revoir en conséquence les stratégies de financement des services et de reddition de comptes.
- Avec l'implication des partenaires concernés, dont les CLSC, les organismes de défense de droit et le milieu municipal, et en cohérence avec les orientations ministérielles, la Régie régionale entend explorer la contribution des ressources privées aux services à la population, sous l'angle de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité des services. Cette démarche visera particulièrement le volet de l'hébergement et l'agencement entre les services publics et privés. La Régie régionale verra à mettre en place des mécanismes assurant la qualité des services et des conditions de vie dans les ressources privées.

Orientation 3 : **Assurer l'accès rapide et équitable aux services spécialisés et surspécialisés**

Cette orientation vise à offrir des services spécialisés et surspécialisés dans une proportion qui répond davantage aux besoins exprimés. Elle vise aussi à assurer l'autonomie de la région et éviter l'obligation pour les citoyens de se déplacer vers l'extérieur pour recevoir des soins. Ces services doivent être accessibles le plus possible dans les territoires, en complément aux services de base.

La poursuite de la mise en œuvre de cette orientation se fonde au cours des prochaines années sur les principales stratégies suivantes :

- Les listes d'attente ou les temps d'attente pour les services spécialisés doivent être réduits ou éliminés.
- Les centres hospitaliers et les médecins qui y interviennent ont conjointement pour mandat la prise en charge de l'ensemble de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec en regard de services spécialisés et surspécialisés.

  Cette orientation vise à amener les centres hospitaliers (incluant le Carrefour de la Saint-Maurice) et les médecins à travailler en réseau intégré et à renforcer les corridors de services entre eux, ainsi qu'avec les autres établissements de la région et hors région. Ils sont ainsi imputables, d'une part, de la rétention de toute la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec et, d'autre part, de l'accessibilité à leurs services selon un mode d'accès déconcentré dans les territoires.
- Les Centres jeunesse, le Centre de services en déficience intellectuelle, le Centre de réadaptation InterVal, Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec et le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie en ce qui a trait à certains services spécialisés de santé mentale, sont actuellement mandatés pour dispenser des services spécialisés dans toute la région. Ils doivent rendre les services accessibles le plus possible dans les territoires et ce, de façon équitable.
- Les établissements locaux et régionaux sont responsables d'établir formellement entre eux des ententes de services garantissant à la population l'accès équitable aux services régionaux. Des corridors de services doivent également avoir été convenus avec les régions universitaires pour les services surspécialisés. Dans un cas comme dans l'autre, la Régie régionale fait le monitorage systématique des ententes intervenues et maintient son rôle par rapport à l'approbation des mécanismes d'accès. Elle assume au besoin un rôle d'arbitrage.
- Des indicateurs et des normes convenus conjointement entre la Régie régionale et les établissements doivent être développés afin de mesurer et de suivre l'accès rapide et équitable aux services.

Orientation 4 : **S'assurer que les services soient coordonnés et personnalisés**

Cette orientation veut promouvoir le passage d'un réseau d'établissements à un réseau de services. Le défi est de changer les dynamiques entre les partenaires et les amener à mettre en place une continuité de services intégrés. Les partenaires visés sont non seulement les établissements mais aussi les intervenants de pratique privée dont les médecins, les ressources de type intermédiaire et les intervenants d'autres secteurs tels que l'éducation, la justice, la sécurité publique et les muni-

cipalités. Aussi, il faut faire en sorte que les services soient personnalisés, c'est-à-dire adaptés aux besoins de chaque personne dans une relation faite de respect et d'empathie.

La poursuite de la mise en œuvre de cette orientation se fonde sur les principales stratégies suivantes :

- Les partenaires de chacun des territoires de la Mauricie et du Centre-du-Québec doivent, en collaboration avec les établissements à mandat régional, s'assurer d'une réponse intégrée aux besoins des personnes en prenant soin de développer des continuums de services couvrant l'ensemble des actions préventives, curatives et d'adaptation et ce, quelle que soit la problématique en cause. Cette réponse intégrée doit reposer sur la mise en place de mécanismes de coordination dans chaque territoire, sous la forme de guichet unique d'accès aux services pour les situations qui le requièrent, d'équipes d'intervention interorganismes ou d'autres approches assurant un accès simplifié et un suivi fluide et personnalisé.

  Pour les territoires Les Forges et Du Rivage, la Régie régionale juge qu'il est essentiel que les partenaires de ces deux territoires mettent en place des mécanismes permettant une fluidité et une accessibilité pour l'ensemble de la population urbaine de Francheville. En effet, la Régie régionale est d'avis, compte tenu des caractéristiques de la population de ces deux territoires et de ses habitudes de consommation, que les services offerts soient harmonisés pour une meilleure desserte de la population.
- Les CLSC sont désignés pour initier et supporter la concertation territoriale tant au sein du réseau qu'avec les autres secteurs d'activités. Ils sont imputables de la mise en place des mécanismes et des processus jugés nécessaires pour favoriser la concertation. L'échéance est le 30 septembre 1999.
- La Régie régionale entend utiliser divers leviers tels les stratégies de financement, les incitatifs financiers et le déploiement des technologies de l'information pour supporter la concertation territoriale et interterritoriale.
- Une attention particulière doit être accordée au développement des compétences et à la mobilisation du personnel tant chez les cadres que chez les intervenants, incluant les médecins, de façon à faciliter les changements de pratique (virage promotion/prévention) et l'approche interdisciplinaire et interorganisme.

Orientation 5 : **Utiliser les ressources de façon efficace et efficiente**

Cette orientation vise une gestion efficace et efficiente des ressources disponibles de façon à faciliter l'atteinte d'une autonomie régionale en matière de services. Un second effet recherché consiste en l'obtention d'une équité dans l'accès aux services et dans la répartition des ressources dont dispose la région.

La réussite de cette orientation repose essentiellement sur les efforts de modernisation, des mises en commun et des choix locaux ou régionaux en regard de l'allocation de ressources. La Régie régionale favorisera la prise de décision au niveau le plus proche possible du lieu de l'action, dans une perspective de subsidiarité et les allocations budgétaires viendront appuyer cette approche. En ce sens, elle exercera les rôles de vigilance, d'orientation, de mobilisation, de régulation et d'arbitrage au besoin.

Les stratégies jumelées à la cinquième orientation du projet de consolidation sont donc les suivantes :

- Le financement octroyé aux centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et aux CLSC se fera d'ici l'an 2002 sur la base d'une enveloppe par territoire, tous programmes clientèles confondus.
- Une enveloppe budgétaire régionale sera identifiée pour les quatre centres hospitaliers ainsi que pour le Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice en ce qui a trait à ses services de nature hospitalière, puis sera répartie entre les établissements concernés selon une méthodologie à convenir.
- La partie des enveloppes budgétaires gérées par les établissements à vocation régionale, qui serait attribuable théoriquement à chacun des territoires, sera identifiée. Ainsi, chaque territoire sera en meilleure position pour convenir avec les partenaires régionaux de la gamme et du niveau d'intensité de services que son territoire est en droit de s'attendre.
- Il faut également poursuivre de façon plus intensive les travaux en vue d'assurer l'efficience et l'efficacité des services administratifs et de soutien. Si la Régie régionale favorise l'accessibilité aux services cliniques sur une base locale à chaque fois que cela est possible, elle considère, par contre, la mise en commun et la concentration des services non cliniques comme une obligation et ce, dans la mesure où cela représente la solution la plus efficace

et la plus efficiente au niveau de l'ensemble du réseau.

- Le déploiement des technologies de l'information et du réseau de télécommunication permet de mieux utiliser les ressources et ce, tant d'un point de vue clinique que non clinique.
- La Régie régionale n'envisage aucune stratégie visant la fusion systématique d'établissements.

  Les fusions d'établissements visent essentiellement la constitution d'un meilleur réseau de services et l'obtention d'économies dans les services administratifs et de soutien pouvant être réinvesties dans les services directs à la population.

  Le plan de transformation adopté en 1996 prévoyait la fusion des établissements dans tous les territoires de moins de 50 000 personnes de population pour former ainsi, dans chacun de ces territoires, un nouvel établissement de type CLSC. Dans sa lettre du 4 juillet 1996, le ministre a accepté les recommandations de la Régie régionale touchant la transformation des structures à l'exception de celle qui a trait au territoire Mékinac-Des Chenaux où le ministre a accepté la fusion du CLSC Normandie et du CLSC Des Chenaux sans pour autant aller jusqu'à la fusion des deux CLSC avec le CHSLD Regroupement Mékinac/Des Chenaux. La décision du ministre a été motivée, d'une part, par l'absence d'unanimité des partenaires et par les contraintes découlant des dispositions légales qui stipulent que la fusion et le regroupement d'un CLSC avec un établissement d'une autre mission sont possibles dans la mesure où ces établissements œuvrent dans le même territoire de CLSC.

  Toutefois, dans le cadre du projet *Consolidation 1999-2002* :

  - La Régie régionale est favorable à la fusion volontaire de CLSC et CHSLD dans les territoires de plus de 50 000 personnes.
  - Pour ce qui est du territoire Mékinac-Des Chenaux, la Régie régionale entend compléter la stratégie de fusion de 1996 puisque les contraintes législatives sont maintenant aplanies. La Régie régionale s'attend donc à ce qu'à l'intérieur des prochains 24 mois, le CLSC Vallée de la Batiscan se regroupe avec le CHSLD Regroupement Mékinac/Des Chenaux, soit par l'unification des deux conseils d'administration et des deux directions, soit par une fusion. Par ailleurs, la Régie régionale estime que la fusion présente plus d'avantages, notamment en termes de flexibilité en regard de la gestion de ressources et des coûts associés au maintien des deux entités juridiques qui pourront être évités.
  - En tout état de cause, lors de l'élaboration des paramètres de financement et d'équité, la Régie régionale fera abstraction des coûts non productifs attribuables, le cas échéant, au dédoublement administratif par la présence de CLSC et de CHSLD dans le territoire.

Orientation 6 : **Mesurer l'efficience, l'efficacité et les effets des services**

Cette orientation énonce le principe qu'il faut bien évaluer les actions du réseau et ses effets sur la santé et le bien-être de la population. Pour cela, une reddition de comptes par le biais d'indicateurs doit être convenue. L'évaluation des actions, des services, des programmes et de leurs impacts permettra d'ajuster le tir au besoin, d'en délaisser certains qui s'avèrent inefficaces et d'en accentuer d'autres qui porteront fruit.

Conséquemment, les principales stratégies retenues sont :

- L'instauration d'un monitorage rigoureux et fréquent des principaux résultats atteints pour des fins de reddition de comptes au ministre, aux conseils d'administration des établissements et de la Régie régionale et à la population.
- La conduite de travaux en vue de mieux connaître les effets du virage ambulatoire sur les usagers et les aidants naturels à partir d'indicateurs significatifs convenus ensemble.
- La mise à jour des connaissances sur les besoins de la population et son état de santé et de bien-être, particulièrement par des études populationnelles et le traitement des données sociosanitaires disponibles.
- La mise en place régionale, dans chaque territoire et dans chaque établissement, d'une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services, basée sur l'identification des attentes de la population et de la satisfaction des usagers.
- Suivre les effets de la fusion d'établissements eu égard au respect des missions, à l'amélioration de la coordination et de la personnalisation des services, à la simplification des modalités d'accès et aux impacts financiers.

Orientation 7 : **Adapter la gestion des organisations en misant sur l'engagement et le développement des personnes**

Après tous les bouleversements qu'a connus le réseau, l'orientation vise à adapter la gestion des organisations aux réalités présentes et à venir, en misant sur l'engagement et le développement des hommes et des femmes qui y travaillent. Et là où cette adaptation est en cours, il faut la poursuivre.

La clé maîtresse de cette adaptation de la gestion appartient d'abord au personnel d'encadrement. Le mouvement doit émaner de la direction générale de chaque établissement, avec l'appui du conseil d'administration et l'implication active de l'équipe de gestion. Ce mouvement interpelle aussi le personnel salarié et les médecins quant à leur engagement auprès de la clientèle et dans les ajustements qui sont associés à ce type de changement.

Pour actualiser cette orientation, la Régie régionale met de l'avant trois stratégies :

- La première stratégie vise à associer les personnes au projet collectif. Chaque direction générale doit jouer un rôle de premier plan par rapport à l'élaboration et au déploiement du projet collectif de l'organisation et ce, en association avec le personnel d'encadrement, les employés, les médecins, les bénévoles, les associations représentatives du personnel et les conseils consultatifs, qu'ils soient ou non prévus à la loi.
- La seconde stratégie concerne l'utilisation optimale des compétences du personnel des organisations par la révision locale de l'organisation du travail, l'encouragement à la mobilité, la préparation de la relève et le replacement de tout le personnel en sécurité d'emploi.
- La troisième stratégie se concentre sur le développement des membres du conseil d'administration, du personnel cadre et salarié, des médecins et, dans certains cas, des personnes qui œuvrent bénévolement auprès des usagers du réseau.

Orientation 8 : **Informer adéquatement la population sur les services disponibles**

Cette orientation sous-tend que la population de chaque territoire a droit à une information adéquate sur les services existants de même que sur les façons d'y accéder.

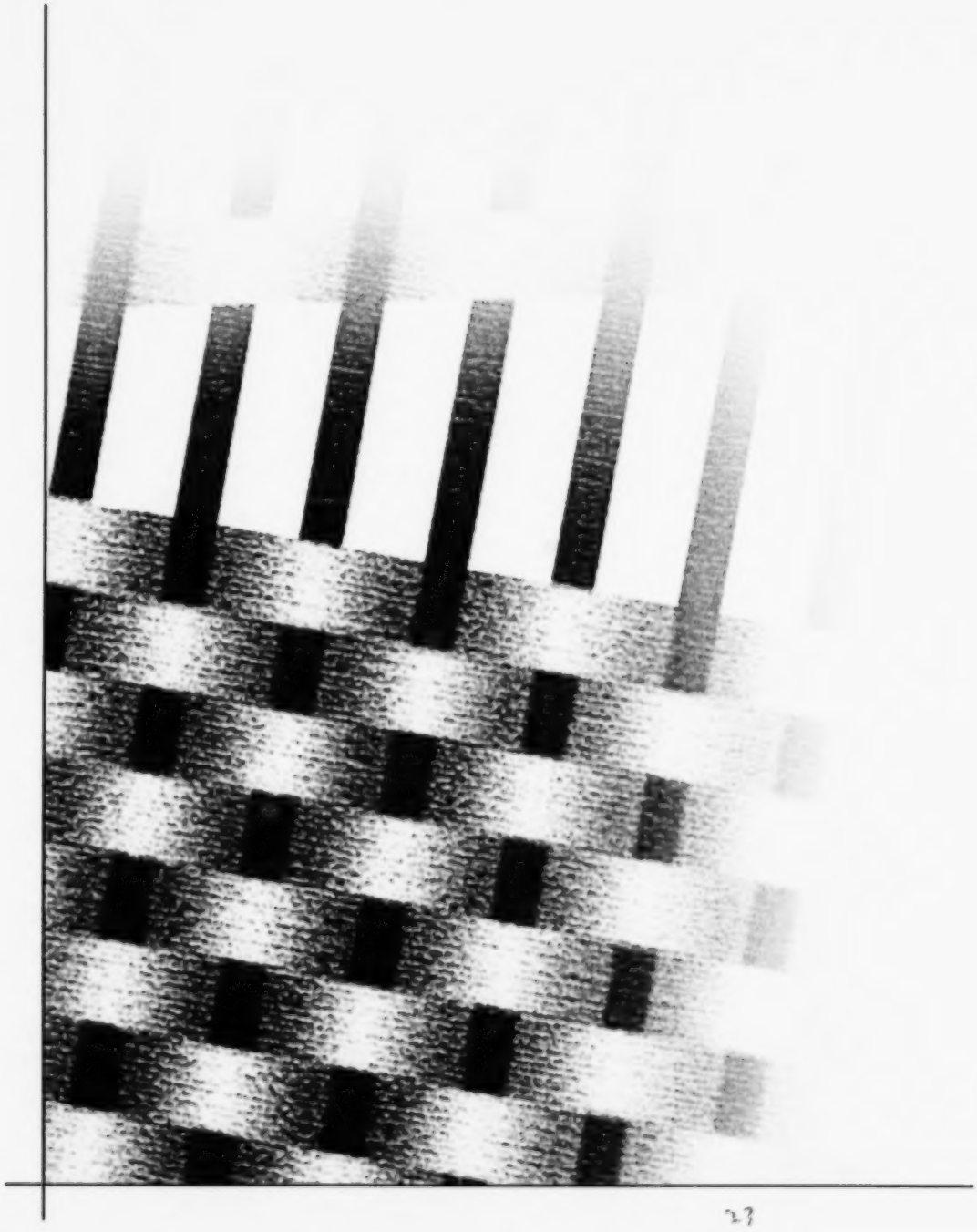
Des sondages réalisés en Mauricie et au Centre-du-Québec indiquent pourtant plusieurs failles sur ce plan. À titre d'exemple, il y est mentionné que, malgré l'information qui a été transmise, la population se sent peu ou pas informée et qu'une bonne partie ne comprend toujours pas les motivations de la réforme.

La Régie régionale verra donc à mettre de l'avant la stratégie suivante :

- L'élaboration d'un plan de communication régional qui se fera en étroite collaboration avec les établissements du réseau. Les principaux objectifs de communication seront les suivants :
  - ~ Informer la population de la nouvelle façon de donner des services et de leur accessibilité.
  - ~ Rassurer sur les objectifs de la transformation qui ont à cœur la santé et le bien-être de la population et qui permettront d'améliorer les services offerts.
  - ~ Mettre en lumière les gains reliés aux changements, les nouvelles façons de faire, le virage promotion/prévention, l'approche territoriale et la simplification du réseau.
  - ~ Montrer la direction et la vision d'ensemble du réseau.

Partie 2

DE NOUVEAUX RÔLES, DE NOUVELLES FAÇONS DE PENSER ET DE NOUVEAUX PARTENARIATS



DE NOUVEAUX RÔLES, DE NOUVELLES FAÇONS DE PENSER ET DE NOUVEAUX PARTENARIATS

La participation au développement des communautés : la lutte à la pauvreté et la mobilisation intersectorielle

Il y a quelques années encore, il était convenu d'affirmer que le ministère de la Santé et des Services sociaux était le ministère des conséquences. Dans l'esprit de plusieurs, sa mission consistait alors essentiellement à soigner les maladies.

Cette conception est dépassée. La nécessité de mieux soigner et d'agir sur les causes des différents problèmes de la santé fait maintenant partie des préoccupations communes. Il est aussi admis aujourd'hui que toute contribution au développement social et économique, quelle que soit son origine, constitue une participation nécessaire au maintien et à l'amélioration de la santé de la population.

Il y a une autre nécessité qui fait consensus auprès de tous les acteurs sociaux. C'est celle qui consiste à mettre en commun les efforts respectifs de chacun. L'expression consacrée parle de développer des synergies. Passé l'effet de mode, cette expression signifie que le défi des nouvelles réalités sociales et économiques exige des changements d'attitudes et de pratiques dans tous les milieux.

Le projet de consolidation prend la mesure de ces nouvelles réalités. Il inscrit à son agenda la question du développement des communautés. Pour ce faire, il propose des interventions significatives dans le domaine de la réduction des inégalités et de la lutte à la pauvreté et l'adoption d'un axe de préoccupation visant une mobilisation intersectorielle soutenue et dynamique.

La lutte à la pauvreté

La Régie régionale est spécifiquement interpellée par le législateur sur la question des grands déterminants sociaux. Elle est tenue de porter une attention particulière aux groupes vulnérables et d'intervenir sur les mécanismes qui sont à l'origine des inégalités de santé et de bien-être.

Prendre acte de la dynamique de la pauvreté pour en contrer les effets

À cet effet, il faut rappeler que l'état de santé et de bien-être dépend des conditions de vie des personnes. Puisque ces conditions varient énormément d'une classe sociale à l'autre, les indicateurs de la santé et de bien-être se distribuent différemment à travers la population.

Les inégalités sociales et économiques se transforment en inégalités de santé d'abord parce que, pour plusieurs individus, les conditions matérielles d'existence sont nettement insuffisantes. Les personnes pauvres ont en effet un accès plus difficile au logement, à une bonne alimentation et à une fréquentation scolaire prolongée et elles évoluent dans des milieux où les qualités environnementales ne sont pas optimales. Pour ces raisons, elles subissent un stress qui freine l'épanouissement personnel et l'atteinte du mieux-être.

Les inégalités sociales et économiques se transforment en inégalités de santé.

Mais la réalité de la pauvreté déborde la seule question de la privation matérielle. La dimension sociale doit être prise en compte. Ce type de privation empêche les gens d'avoir un rôle social valorisant, rend difficile, sinon impossible, l'exercice des droits sociaux, éloigne les personnes du monde de la connaissance et de la culture, les enferme dans des rapports d'exclusion, de résignation et même de désespérance. Il permet surtout de comprendre pourquoi, à pauvreté matérielle égale, certaines personnes sont moins sujettes que d'autres à des problèmes de santé. Car la cohésion sociale d'une communauté, l'état de son patrimoine institutionnel, la qualité des liens d'entraide et de solidarité et la force du tissu social exercent un effet protecteur contre les effets négatifs de la pauvreté économique.

Enfin, quel que soit le type de privation à laquelle elle doit faire face, matérielle ou sociale, une personne qui appartient à un échelon supérieur dans une hiérarchie quelconque est en meilleure santé que celle de l'échelon inférieur. Cela est attribuable à l'emprise que les gens ont sur leur vie. Selon ce point de

vue, ce n'est pas le stress en soi, mais la capacité d'y faire face qui explique les écarts de santé. Ce ne sont pas les coups durs qui rendent compte de la maladie, mais les moyens dont disposent les individus pour les surmonter.

Les mesures préconisées

Les mesures spécifiques préconisées par la Régie régionale pour réduire les inégalités et contrer les effets de la pauvreté sont de plusieurs ordres. Elles concernent d'abord les actions d'ensemble qui permettent d'améliorer les conditions de vie. Elles sont ensuite de nature plus locale, très axées sur les habitudes de vie et le renforcement du potentiel des communautés et des personnes.

L'action régionale et nationale

- Informer la population sur les écarts de santé. Brosser un portait des inégalités sur l'ensemble des territoires locaux. Établir les distinctions sociales et géographiques entre zones de vulnérabilité et zones de prospérité relative afin d'orienter l'action là où les besoins sont les plus grands.
- Influencer les décideurs sur l'importance de politiques publiques qui exercent un impact sur la situation des personnes les plus démunies : interventions favorables au maintien et à l'amélioration des régimes de sécurité du revenu, au partage de la richesse, à l'accessibilité, à l'universalité et à la gratuité du système de santé et à la consolidation d'un système public d'éducation de qualité.
- Soutenir et outiller, dans une perspective de partage et de mise à niveaux des expertises, les instances vouées au développement communautaire. Susciter et soutenir des projets visant la diminution des effets de la pauvreté.

L'action locale

- Consolider l'ensemble de la programmation destinée à rejoindre les populations dites à risque avec le souci de s'ajuster à leurs valeurs et à leurs modes de vie, tout en évitant de les stigmatiser (ex. : *Naître égaux-grandir en santé*, *Cuisines collectives*).
- Développer, dans le cadre de programmes comme *Villes et villages en santé* ou *Équipes écoles en santé*, un volet qui a trait à l'importance d'améliorer les liens d'entraide, de développement des solidarités dans les quartiers ou les municipalités et de renforcer les compétences et le potentiel des personnes évoluant dans des conditions difficiles.
- Déployer, en concertation avec les partenaires, les moyens qui favorisent la meilleure pénétration possible des services auprès des populations moins favorisées. Simplifier l'accès et le recours aux services.
- Préciser les moyens facilitant la participation sociale. Étudier, par la même occasion, les conditions optimales de réalisation des interventions locales visant la réduction des écarts socio-économiques.

La mobilisation intersectorielle

La pauvreté et les inégalités sociales et économiques constituent des facteurs déterminants de l'état de santé. Pour exercer sur eux une portée significative, les efforts de la Régie régionale doivent se joindre à l'ensemble des efforts des personnes et des instances de toutes les sphères de la communauté régionale. Le déploiement des forces vives d'un milieu et l'adoption d'un esprit d'entreprise qui encourage l'action concertée, l'audace et l'imagination sont les meilleures garanties de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

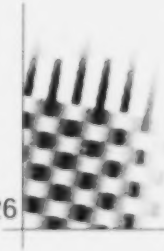
En effet, c'est grâce à la synergie des actions menées par le secteur privé, les municipalités, le secteur de l'éducation et les autres secteurs gouvernementaux que la contribution du réseau à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population sera la plus efficace. Et ce, bien sûr, non seulement en ce qui concerne la lutte à la pauvreté, mais en ce qui a trait à l'ensemble des actions visant le développement et le mieux-être collectif.

Le projet de consolidation met l'accent sur deux niveaux d'actions prioritaires pour soutenir la mobilisation intersectorielle, soit le développement d'une vision commune et le déploiement de la concertation intersectorielle aux paliers local et régional.

Une vision commune de l'action concertée

Les Politiques de l'État soutiennent à des degrés divers la régionalisation et la décentralisation. Cette orientation est essentielle. Elle favorise la participation sociale des citoyens et citoyennes tel que le préconisait la Réforme de la santé et des services sociaux.

Une vision régionale partagée de l'action concertée permettrait d'éviter de traiter les citoyens



comme des individus fragmentés. Ceux-ci s'attendent légitimement à ce que l'ensemble des actions réalisées sur les plans régional et local favorise une réponse intégrée à leurs besoins, qu'ils soient d'ordre de santé ou relatifs au développement social et économique de leur milieu.

Les mesures préconisées en lien avec le développement d'une vision commune

- Informer la population en général et les partenaires de la Régie régionale en particulier de l'évolution de l'état de santé de la population. Illustrer les relations d'interdépendance entre les grands facteurs sociaux et socio-économiques, la configuration et le déploiement des services et ressources et l'état de santé de la population.
- Mettre en œuvre un processus de formation continue entre intervenants intersectoriels (activités d'échanges et de partage d'expériences).
- Développer au sein des instances régionales une vision globale et intégrée des différents problèmes de santé et de bien-être de la population en vue de guider ses partenaires vers les stratégies et les interventions les plus efficaces ou prometteuses avant que les problèmes ne surgissent.

La concertation intersectorielle aux paliers local et régional

Créer des opportunités de participation et mettre en place les conditions à la concertation sont deux enjeux importants de la réussite de l'intersectorialité. Une vision claire, des rôles bien cernés et des cibles précises contribuent à cette réussite, mais ne suffisent pas. L'intersectorialité entraîne des changements de pratique d'une difficulté plus grande que le travail en interdisciplinarité. Il faut non seulement comprendre la réalité et le langage de l'autre, mais il faut aussi accepter un nouveau partage des pouvoirs. Pour agir en intersectorialité, il faut accepter une certaine perte de contrôle sur les moyens et reconnaître que cet aspect est grandement compensé par la créativité d'un être collectif. Il faut aussi reconnaître le droit à la différence.

Les mesures préconisées en lien avec la concertation intersectorielle

- Assumer un rôle de leadership pour améliorer la concertation et le partenariat sur tout le territoire. La Régie régionale compte respecter sa mission au niveau régional en lien étroit et harmonieux avec les niveaux local et national de façon à atteindre les objectifs énoncés dans la Politique de la santé et du bien-être. L'action régionale est orientée vers la mobilisation des différents acteurs de la région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec et le soutien aux actions locales. À ce titre, la Régie régionale réitère son intention de privilégier des actions qui ont un impact sur plusieurs facteurs de risque à la santé en même temps et celles concernant les jeunes et les familles, particulièrement les plus vulnérables.
- Soutenir la formation et assurer la consolidation d'équipes régionales et locales de mobilisation intersectorielle en vue d'établir des liens et de réaliser des actions intégrées entre les acteurs impliqués dans le développement social et économique.
- Soutenir la mise en œuvre de plans d'action concertés au pallier local.
- Clarifier les rôles et les enjeux avec les partenaires du réseau dont les CLSC et les organismes communautaires et hors du réseau de la santé notamment avec les Centres locaux de développement (CLD), les municipalités, les MRC, les tables locales de concertation socio-économique et ce, dans une perspective de développement social et durable des communautés.

Pour agir en intersectorialité, il faut accepter une certaine perte de contrôle sur les moyens et reconnaître que cet aspect est grandement compensé par la créativité d'un être collectif.

L'intégration sociale

La pauvreté a une influence déterminante dans l'état de santé d'une population et le travail est encore aujourd'hui perçu comme l'outil privilégié d'intégration sociale. La Régie régionale est de plus en plus consciente de cette réalité et elle met le cap sur un objectif de lutte à la pauvreté. La Régie régionale estime qu'elle a une contribution à apporter à cet égard et y voit des liens avec des objectifs d'amélioration de la santé. Trois programmes opérationnels sont plus spécifiquement concernés : il s'agit du développement des entreprises d'économie sociale, du programme expérience de travail (EXTRA) et du programme chèque-emploi-service.

En ce qui concerne l'économie sociale, les entreprises d'aide domestique sont en phase d'implantation et de développement. Leur viabilité financière et leur complémentarité avec les services existants demeurent les deux axes privilégiés d'ac-

tion dans une formule locale où l'approche intersectorielle est à préconiser.

En ce qui concerne le programme EXTRA, ce dernier connaît présentement une réorientation fondamentale. Passant d'une mission de développement de l'employabilité, il est maintenant tourné vers les objectifs d'insertion sociale. Ainsi, le programme vise à favoriser l'intégration ou la réintégration sociale. Actuellement, la Régie régionale gère 90 projets répartis dans les onze territoires de CLSC. Le nombre autorisé de personnes s'élève à 532.

La mesure chèque-emploi-service vise principalement trois objectifs. L'un concerne la création d'emplois, l'autre la lutte au travail au noir et troisièmement, la prestation de services d'aide à domicile de qualité. Cette mesure vient se substituer à la formule d'allocation directe utilisée par les CLSC dans l'attribution de certains services d'aide à domicile. Ainsi, les CLSC accordaient, après évaluation, une allocation financière correspondant à un nombre d'heures de services d'aide à domicile à un usager. Ce dernier procédait à l'embauche de la personne de son choix pour obtenir les services requis. Dorénavant, la personne se voit attribuer un nombre d'heures de services, elle continue de choisir la personne qui rendra les services, mais n'a plus à gérer la rémunération de celle-ci. Comme il s'agit de la première année d'implantation de la mesure, il faut s'assurer qu'il n'y a aucune rupture de services dans l'éventualité où les personnes dispensant ces services se désistent. La Régie régionale travaille activement à créer une opportunité d'entente intersectorielle avec les partenaires (emploi– solidarité, CRD, CLD, CLSC, scolaire et MRC).

L'amélioration de la santé des femmes exige une intensification des actions pour réduire les inégalités entre les hommes et les femmes, notamment en travaillant à contrer la violence faite aux femmes.

Les mesures préconisées

Pour l'économie sociale :

- Finaliser et consolider le démarrage des entreprises d'économie sociale.
- Participer à soutenir une action intersectorielle visant à assurer le suivi des entreprises et leur viabilité dans une approche territoriale.
- Favoriser une stratégie de prise en charge par le milieu local de l'intégration et du soutien des entreprises d'économie sociale.
- Faire l'analyse d'opportunité et de pertinence du développement de centres périressources et d'accès du logis dans le programme d'économie sociale et assurer les suites appropriées.

Pour le programme EXTRA :

- À la lumière des nouvelles orientations du programme visant davantage l'intégration sociale des participants, réviser les 90 projets existants.
- Assurer la promotion et la diffusion des nouvelles dispositions auprès des organismes et des clientèles cibles.
- Favoriser l'insertion de cette mesure dans les programmes d'intégration sociale des divers continuums de services.

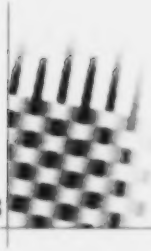
Pour le chèque emploi-service :

- Assurer le suivi de l'implantation du nouveau mode de rémunération et procéder aux ajustements fonctionnels et financiers après un an.
- Développer des ententes cadres avec les partenaires à mission socio-économique pour favoriser l'atteinte des objectifs de la mesure.

La santé, le bien-être et les conditions de vie des femmes

Deux constats majeurs ressortent de l'analyse de la situation des femmes : la détérioration des conditions socio-économiques et l'alourdissement des clientèles qui requièrent des services, les deux étant reliés puisque la pauvreté économique et sociale a un impact certain sur la santé. Ainsi, il y a une augmentation des femmes qui ne trouvent plus dans le réseau les ressources dont elles ont besoin. Les centres de femmes et les ressources pour femmes victimes de violence conjugale ou sexuelle accueillent notamment de plus en plus de femmes présentant de multi-problématiques (violence, problèmes de toxicomanie ou de santé mentale, dépression, etc.), rendant plus complexe l'intervention auprès d'elles. Malgré certains progrès réalisés, les inégalités sociales entre les hommes et les femmes perdurent ainsi que, conséquemment, la violence faite aux femmes, entraînant des coûts humains et sociaux énormes.

Au cours des deux dernières années, la Régie régionale n'a pas pu soutenir à la hauteur de ses aspirations les actions et les travaux relatifs à la santé et aux conditions de vie des femmes. Elle réitère toutefois ses engagements envers les objectifs déjà ciblés en 1994 : réduire les écarts de santé entre les hommes et les femmes, agir sur la pauvreté et stimuler le développement de solutions alternatives. Pour s'assurer que les services offerts répondent aux besoins spécifiques des fem-



mes, la Régie régionale maintient également les priorités identifiées dans le plan de transformation de 1996. D'abord, la violence faite aux femmes : la Régie régionale s'était engagée à assurer l'implantation de la Politique gouvernementale en matière de violence conjugale ainsi que l'actualisation des orientations en matière d'agressions sexuelles. Ce dossier sera priorisé pour les prochaines années. La Régie régionale poursuivra, d'autre part, l'actualisation des orientations gouvernementales pour les services de planification des naissances et le dépistage du cancer du sein. De plus, elle continuera à supporter les travaux visant l'évaluation des effets du virage ambulatoire sur les femmes, la formation des sages-femmes dans la région et la création d'une maison des naissances.

Les mesures préconisées

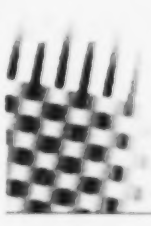
- Renforcer le soutien au comité aviseur sur les conditions de vie des femmes et s'assurer de l'adéquation entre les besoins spécifiques des femmes et les services offerts pour l'ensemble des dossiers traités par la Régie régionale.
- Soutenir l'implantation de la politique d'intervention en matière de violence conjugale :
  - ~ Mobiliser les partenaires des autres secteurs concernés (sécurité publique, justice et éducation).
  - ~ Déterminer les écarts prioritaires entre les besoins identifiés et les services de prévention, de dépistage et d'intervention actuellement offerts auprès des clientèles touchées par la violence conjugale.
  - ~ Élaborer un plan d'action régional et encourager la concertation territoriale pour son opérationnalisation.
- Soutenir l'actualisation des orientations en matière d'agressions sexuelles.
  - ~ Mobiliser les acteurs concernés pour l'élaboration et la réalisation d'un plan d'action régional.
- Soutenir la réalisation du plan d'action régional en planification des naissances. Deux principaux objectifs sont visés : diminuer le taux de grossesses à l'adolescence (voir les mesures préconisées en enfance-jeunesse-famille) et améliorer l'accès à l'ensemble des services de planification des naissances sur tous les territoires.
- S'assurer que l'organisation des services pour le dépistage, l'investigation et la confirmation du diagnostic du cancer du sein (voir les mesures préconisées en santé physique) correspondra aux besoins de la population cible, les femmes de 50 à 69 ans, et répondra aux critères de qualité, d'accessibilité et d'équité.
- Évaluer les effets du virage ambulatoire, principalement sur l'alourdissement des responsabilités des aidants naturels qui sont presque toujours des femmes (voir les démarches relatives au monitorage des résultats et à l'évaluation).
- Favoriser la mise en place des conditions nécessaires pour la formation des sages-femmes dans la région.
- Soutenir les travaux visant l'évaluation des besoins des femmes désireuses d'accoucher dans leur milieu ou qui aimeraient bénéficier de services alternatifs; investiguer la pertinence et la faisabilité de la création d'une maison des naissances.

Le soutien aux organismes communautaires

La contribution des organismes communautaires est très appréciable dans le domaine social et celui de la santé. En effet, leur implication constitue un atout majeur dans la capacité régionale à répondre aux besoins variés de la population. La Régie se doit donc de considérer l'importance de leurs actions dans les réflexions régionales actuelles.

En fait, les organismes communautaires interviennent dans plusieurs secteurs jugés prioritaires et reconnus dans les orientations régionales tels que la pauvreté, la violence conjugale, l'alcoolisme et la toxicomanie, les jeunes. Les réponses qu'ils apportent répondent aux besoins de la population et sont très souvent novatrices.

La Régie régionale demeure toutefois très préoccupée par les défis que lancent les organismes communautaires en matière de consolidation financière. En effet, malgré une majo ation de 3,6 M $ réalisée dans le cadre du plan de transformation, force est de constater qu'il existe encore un écart important entre la contribution de la Régie régionale (actuellement d'environ 13,5 M $) et les besoins financiers identifiés par les organismes. Par ailleurs, la Régie régionale constate que les stratégies utilisées jusqu'à ce jour pour dégager les budgets permettant la consolidation du financement des organismes communautaires, principalement par la transformation des services, ont atteint leurs limites et ne permettront pas une



majoration significative des budgets pour les prochaines années. La Régie régionale est très sensible à cette situation et croit prioritaire de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour tenter de soutenir encore plus efficacement ces partenaires.

Cette tentative supplémentaire de la Régie régionale doit s'inscrire dans une stratégie visant, d'abord et avant tout, à assurer un financement de base aux organismes reconnus et ce, afin de leur permettre de réaliser la mission que leur reconnaît la communauté et l'atteinte des objectifs identifiés par leurs membres. C'est seulement dans cette perspective de financement que la Régie régionale sera en mesure d'assurer une réelle consolidation du mouvement communautaire régional en respectant ses particularités.

La Régie régionale est aussi préoccupée par l'accroissement constant du nombre d'organismes qui se mettent en place pour répondre aux besoins de la population. Généralement, ceux-ci sollicitent une accréditation pour, par la suite, acheminer une demande de financement dans le cadre du programme de soutien aux organismes communautaires (SOC). Compte tenu des contraintes budgétaires actuelles et celles prévisibles pour les prochaines années, la Régie régionale croit nécessaire d'amorcer avec ses partenaires une réflexion en profondeur à ce chapitre. En ce sens, l'actuel processus d'accréditation devrait être au centre des préoccupations de même que les questions relatives à la duplication des services sur un même territoire et enfin, celles concernant le morcellement de plus en plus fréquent des interventions.

La Régie régionale s'engage à reconnaître la contribution spécifique et importante des organismes communautaires dans le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Ces préoccupations amènent aussi la Régie régionale à questionner la notion même d'organisme communautaire et la diversité des réalités qu'il est possible de retrouver sous ce vocable. Il existe en fait deux pôles distincts dans le mouvement communautaire. Premièrement, il y a des organismes engagés prioritairement dans des interventions d'action communautaire et sociale et qui utilisent une approche globale visant le changement social. Deuxièmement, il y a des organismes plus près de la prestation de services et qui pourraient s'inscrire dans une logique d'organisation régionale des services. Les stratégies de financement devraient donc tenir compte de ces réalités particulières et s'y adapter. Une réflexion en profondeur doit donc être réalisée à cet égard.

De plus, les organismes communautaires étant issus de la volonté des communautés et des individus à se doter des moyens pour résoudre leurs problèmes et combler leurs besoins, leur implantation ne peut évidemment répondre à une logique de planification par l'État. Ce mode de développement ne tient toutefois pas compte de l'équité territoriale en matière de financement. Les milieux « plus dynamiques » en ce qui a trait à la création et à l'implantation de ressources communautaires peuvent ainsi compter sur un budget plus important, en provenance de l'enveloppe de soutien aux organismes communautaires. Dans cette optique, la Régie régionale devra, au cours des prochains mois et en collaboration avec les organismes communautaires, se questionner sur la pertinence d'intégrer la notion d'équité territoriale dans l'analyse des demandes de subventions au programme SOC et ce, afin d'assurer la meilleure répartition possible des ressources dans la région.

Enfin, il faut noter que l'hébergement de type communautaire soulève certaines questions. Il faudrait mieux évaluer les besoins, notamment dans le domaine de la toxicomanie, de la santé mentale et du secteur des personnes âgées. Le nouveau cadre de référence pour les ressources de type intermédiaire et les travaux régionaux en matière de ressources non institutionnelles soulève la nécessité d'examiner l'opportunité d'utiliser ce cadre administratif pour mieux supporter ces organismes.

Les mesures préconisées

La Régie régionale développera au cours des prochains mois, en collaboration avec ses partenaires du milieu communautaire, un cadre de reconnaissance global des organismes communautaires. Dans cette optique, la Régie régionale s'engage à :

- Reconnaître la contribution spécifique et importante des organismes communautaires dans le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.
- Préserver l'autonomie des organismes communautaires par rapport au réseau public. Conséquemment, la Régie régionale s'engage à ne pas transférer le financement des organismes dans des programmes du réseau public (programmes clientèles ou autres) et à préserver une enveloppe régionale distincte pour le financement du programme SOC. Cet engagement se traduit par une reconnaissance du fait que le milieu communautaire est différent par ses pratiques qui visent, entre autres, le développement des solidarités, la prise en charge de leurs besoins par les personnes concernées et le changement social.

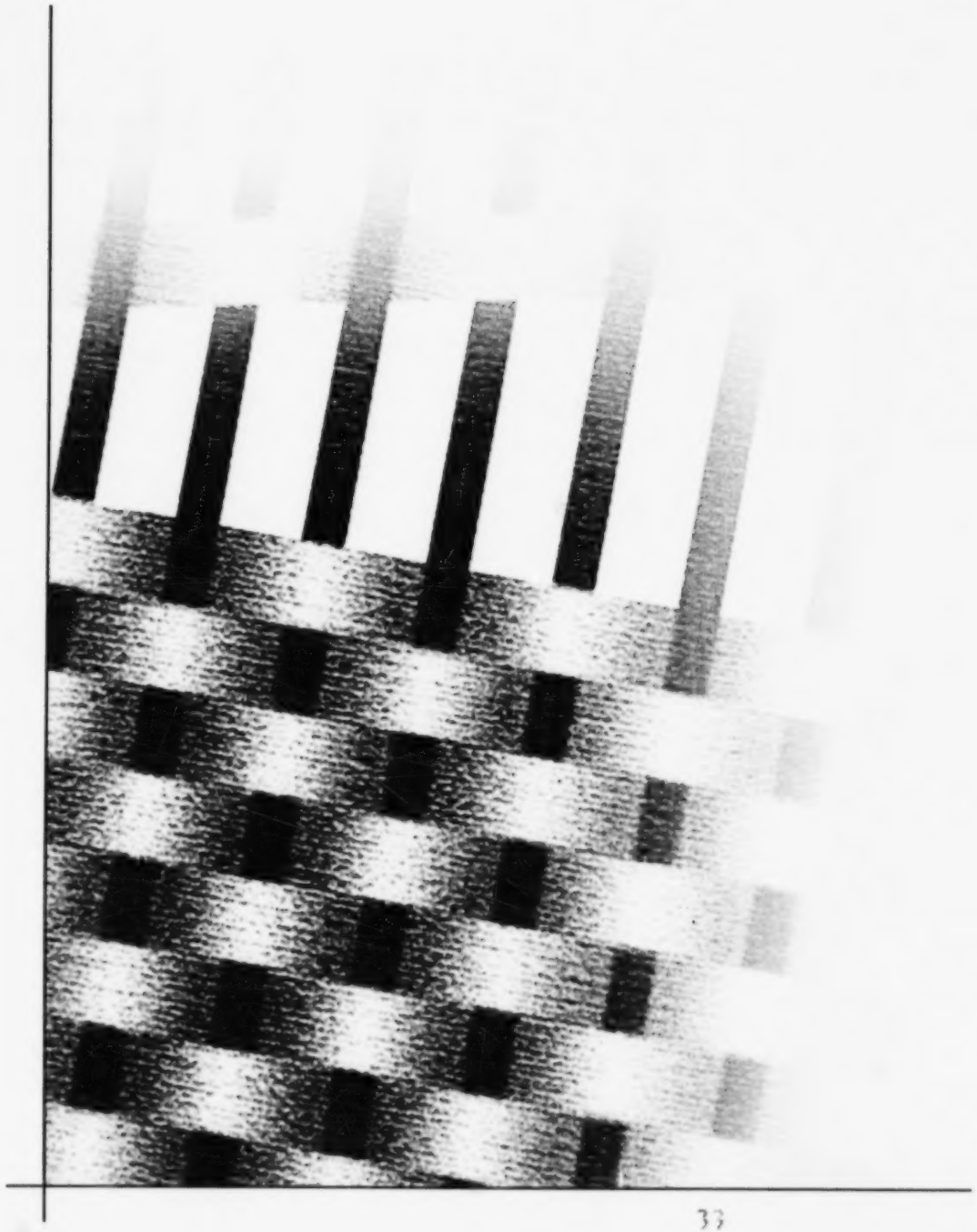
- Reconnaître le financement de base comme le meilleur outil de soutien financier des organismes communautaires. Conséquemment, la Régie régionale devra négocier avec les organismes concernés une définition de ce que constitue un financement de base en tenant compte de la réalité du milieu communautaire et de ses besoins (permanence, infrastructure, niveau d'activité, territoire couvert, etc.). De plus, les travaux réalisés devront permettre de distinguer le soutien relatif à l'action sociale et communautaire du financement de services accessibles à la population et offerts par les organismes communautaires.
- Financer le milieu communautaire à même les augmentations de budgets à venir du ministère de la Santé et des Services sociaux au cours des prochaines années.
- Entreprendre les démarches nécessaires auprès du Ministère pour que ce dernier dégage les budgets exigés pour la consolidation du financement de base des organismes de la région. À titre d'exemple, les organismes inscrits au programme de soutien aux organismes communautaires demandaient, pour 1998-1999, 10,5 M $ de plus que les montants disponibles au programme SOC.
- Développer un cadre d'interaction régional qui inclura les établissements publics. Ce cadre définira les conditions à respecter pour une collaboration adaptée aux réalités du communautaire entre les organismes de ce secteur et le réseau public (transparence, respect des missions, respec des structures communautaires de représentation, collaboration sur une base volontaire, etc.).

D'autre part, en partenariat avec les organismes de la région, la Régie régionale verra à :

- Réviser le processus et les critères actuels d'accréditation des organismes communautaires à la Régie régionale. Cette révision devra tenir compte des limites identifiées au cours des dernières années.
- Revoir le processus actuel de reddition de comptes des organismes communautaires subventionnés en cohérence avec les orientations nationales et les préoccupations régionales.
- Définir les règles de développement et de financement relatives aux organismes qui offrent des services d'hébergement.
- S'assurer, auprès des principaux bailleurs de fonds gouvernementaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, qu'il y ait toujours une cohérence et une continuité dans le soutien accordé aux organismes communautaires.

Partie 3

LES SERVICES À LA POPULATION



Les services à la population

La troisième partie porte sur les services à la population. Elle propose, pour les grands secteurs que sont la santé publique, la santé physique et la santé sociale, des applications concrètes en regard des orientations présentées dans la première partie. En guise d'introduction à cette section, deux enjeux transversaux à l'ensemble des services sont présentés, soit l'affiliation universitaire et l'organisation des effectifs médicaux.

L'affiliation universitaire

La Régie régionale fait de l'affiliation universitaire un enjeu de taille. Elle est un outil de gestion privilégié favorisant la promotion et le développement de la mission santé et services sociaux. La reconnaissance de la région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec par la faculté de médecine de Sherbrooke comme pôle principal de formation pour les programmes de base est acquise. Trois centres hospitaliers de la région sont déjà affiliés avec l'Université de Sherbrooke. Il s'agit des établissements suivants :

- L'Hôtel-Dieu d'Arthabaska qui a une affiliation universitaire pour la chirurgie et la médecine interne.
- L'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville pour la santé mentale et la psychiatrie.
- Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières pour son unité de médecine familiale en pédiatrie, en gynécologie-obstétrique et le programme de postdoctorat en ophtalmologie.

L'Université de Sherbrooke veut agrandir ses champs d'activités et ainsi mieux couvrir l'ensemble des régions. L'affiliation universitaire pourrait toucher l'ensemble des centres hospitaliers et ce, pour différentes disciplines. L'Université de Sherbrooke se montre intéressée à développer des liens avec l'Université du Québec à Trois-Rivières en regard de la formation des sages-femmes.

De plus, d'autres facultés de médecine pourraient être approchées par la Régie régionale au cours des prochaines années pour compléter et augmenter le rayonnement des établissements de la région.

Les mesures préconisées

- Favoriser la consolidation du nombre de sphères d'expertise en centre hospitalier qui font l'objet d'une affiliation universitaire.
- Promouvoir la désignation d'institut universitaire en première ligne.
- S'assurer que les affiliations universitaires soient des leviers pour favoriser le développement de l'expertise et le rayonnement du réseau de santé régional, entre autres, par :
  - La garantie de services de qualité à la fine pointe des dernières technologies.
  - La révision des pratiques courantes en vue d'une nouvelle organisation de soins et services.
  - Le recrutement et la rétention des effectifs médicaux de la région.

Les effectifs médicaux

Suite à la transformation du réseau et la reconfiguration des établissements, les nouvelles réalités commandent de revoir l'organisation régionale des services médicaux. La région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec est l'une des plus pauvres en termes d'effectifs médicaux. C'est pourquoi le ministre a accordé récemment à la région d'importants ajouts nets pour le plan des effectifs médicaux 1997-2000, soit 41 spécialistes et 20 omnipraticiens. La Commission médicale régionale (CMR) joue un rôle important dans l'allocation des effectifs médicaux pour chacun des établissements de la région.

Il est essentiel que les médecins participent activement et de façon soutenue aux activités de planification et d'organisation des services. Ils sont des partenaires incontournables pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé et sociaux en fonction des besoins de la clientèle et ce, le plus près possible de leur milieu de vie. À cet égard, des documents récents dont *Nouveaux défis profes-*

sionnels pour le médecin des années 2000 montrent clairement l'importance du rôle élargi qu'est appelé à jouer le médecin au tournant du nouveau millénaire.

Par ailleurs, les difficultés de la plupart des établissements à recruter des médecins pour répondre à leurs besoins demeurent entières. Le maintien d'effectifs médicaux stables est précaire à certains endroits. Le recrutement demeure la responsabilité des établissements avec le concours direct des médecins de l'établissement. Les nouveaux médecins n'arrivent pas en nombre suffisant pour assurer une accessibilité équitable en ressources médicales pour la population. De plus, cette situation rend précaires les conditions de travail de certains médecins. La concertation interétablissement sur la problématique de la rareté de certaines spécialités médicales en est à ses débuts.

Les médecins sont des partenaires incontournables pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé et sociaux.

Des mesures temporaires pour combler le manque d'effectifs médicaux sont négociées, à la demande de la Régie régionale et des établissements, avec les fédérations de médecins par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Actuellement, ce mécanisme n'assure pas complètement les services médicaux requis en première ligne en santé mentale et en spécialités médicales. Cette problématique est un élément très important qui doit être réglé rapidement afin de poursuivre la transformation du réseau et garantir à la population des services médicaux adéquats.

En somme, tout en reconnaissant la volonté et les gestes concrets posés par les intervenants de la région pour mieux articuler le dossier des effectifs médicaux, il n'en demeure pas moins que la Régie régionale n'a pas tous les leviers nécessaires pour corriger les inégalités dans la répartition des effectifs médicaux.

Les mesures préconisées

- Obtenir du Ministère des pouvoirs accrus pour assurer l'autosuffisance et l'équité territoriale en ressources médicales (ex. : budget de la RAMQ régionalisé).
- Mettre en place le plan régional d'organisation des services médicaux. Ce plan doit s'inscrire dans la lignée du plan de transformation et des orientations ministérielles.
- Opérationnaliser et garantir une place stratégique au sein de la Régie régionale pour le Département régional de médecine générale (DRMG).
- Supporter la mise en place des deux nouveaux comités mandatés par la CMR : le comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés et le comité de gestion des effectifs médicaux de première ligne.
- Favoriser le développement d'une stratégie régionale proactive de recrutement pour de nouveaux médecins et leur rétention avec la collaboration des établissements.

Les activités de santé publique

Au cours des prochaines années, la Régie régionale entend accentuer ses efforts afin de soutenir le développement de continuum de services qui intègrent des activités de promotion et de prévention en regard des sept priorités nationales de santé publique ou d'autres problématiques priorisées régionalement. Certaines activités sont donc déjà intégrées à d'autres programmes et seront traitées plus loin. C'est le cas notamment du dépistage du cancer du sein (programme de lutte contre le cancer), des activités en regard du suicide (santé mentale), des activités concernant les enfants et les jeunes, les personnes âgées et les personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. Par ailleurs, les activités en regard des communautés et de la violence faite aux femmes ont été abordées dans la deuxième partie.

Les priorités nationales de santé publique 1997-2002
Le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes
Les maladies évitables par l'immunisation
Le VIH-sida et les maladies transmissibles sexuellement
Le dépistage du cancer du sein
Le tabagisme
Les traumatismes
L'alcoolisme et la toxicomanie

Ce souci d'intégration des activités de promotion et de prévention apparaît essentiel. Toutefois, il faut prendre en considération certaines contributions, responsabilités ou secteurs d'activités qui n'ont pu, encore à ce stade-ci, trouver place dans les programmes clientèles traditionnels de la Régie régionale. Voici donc, à titre indicatif, des champs d'activités pour lesquels des interventions reconnues efficaces ou prometteuses feront l'ob-

jet de consolidation au cours des trois prochaines années :

- le développement de milieux sains et sécuritaires;
- le soutien aux interventions cliniques préventives;
- la protection de la santé de la population;
- la planification des mesures d'urgence.

Les actions en regard de ces derniers champs d'intervention sont portées conjointement par la Régie régionale, les CLSC, les organismes communautaires, les médecins exerçant en cabinet privé ou par d'autres partenaires intersectoriels.

Le développement de milieux sains et sécuritaires

L'individu exerce ses activités au sein de divers milieux qui conditionnent en grande partie son mode de vie, ses habitudes, son comportement et qui déterminent ses conditions de vie. Il s'avère donc possible, par une action sur les milieux, d'influencer leurs effets sur la santé et le bien-être.

Les mesures préconisées

Pour favoriser le développement de milieux sains et sécuritaires, la Régie régionale entend :

- Faire la promotion de *Villes et villages en santé*, d'*Équipes écoles en santé* et de milieux de travail en santé.
- Accentuer la prévention des risques qu'ils soient de nature biologique, physique ou chimique, d'origine naturelle ou liés à l'activité humaine.
- Soutenir le développement de contextes favorables à la pratique de l'activité physique et à l'adoption de saines habitudes alimentaires.
- Promouvoir la sécurité et la prévention des traumatismes.

Le soutien aux interventions cliniques préventives

Ces interventions incluent le counselling, le dépistage et l'immunisation. Elles peuvent s'illustrer par de multiples exemples tels que le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein, la mise à jour de l'immunisation des adultes (diphtérie, tétanos, hépatite B), le counselling préventif et le dépistage pour les femmes enceintes ou en âge de procréer, la prévention et la cessation du tabagisme, la promotion de la santé dentaire, la promotion de l'immunisation contre l'influenza et le pneumocoque dans les milieux de vie et de loisirs des personnes à risque, le dépistage et le counselling en regard des MTS et du VIH, auxquels s'ajoute la notification aux partenaires en regard des MTS.

Les mesures préconisées

Pour soutenir ces interventions, la Régie régionale entend :

- Participer à l'élaboration et à la promotion de protocoles, de guides de pratiques cliniques préventives, de guides de prévention, de recommandations et d'outils d'éducation à la santé et de dépistage qui supportent les interventions des professionnels du réseau et des partenaires.
- Mettre en place des activités ou conditions facilitant l'appropriation de ces outils par les professionnels et partenaires : activités de formation médicale continue, mise en place de supports informatiques, mécanismes de rétroaction, etc.

La protection de la santé de la population

En plus de son intention d'accentuer le virage en faveur de la promotion de la santé et de la prévention des problèmes sociaux et de santé, la Régie régionale compte s'assurer de la consolidation des activités de protection de la santé publique à l'intérieur de la région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec.

La Régie régionale, par le biais du mandat du directeur de santé publique, est tenue d'informer la population sur les facteurs de risque auxquels elle est exposée, d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de veiller à la mise en place des mesures de protection requises. Pour réaliser ce mandat, des équipes en maladies infectieuses et en santé environnementale s'occupent des demandes quotidiennes qui leur sont adressées et assument une réponse par le biais d'activités d'information, d'enquêtes, d'interventions et de suivis, de même que par le fonctionnement d'un service d'urgence 24 heures/7 jours.

De plus, en fonction de la connaissance des risques présents sur le territoire et des contaminants ou agents pathogènes pour lesquels il existe des

interventions efficaces de contrôle et de prévention, des activités sont réalisées dans le réseau ou auprès des partenaires intersectoriels pour mettre en place ces mesures.

Alors que l'équipe régionale en maladies infectieuses peut compter, selon le territoire, sur des ressources humaines en CLSC en appui à l'action régionale, la réponse aux problématiques de santé environnementale est organisée exclusivement sur une base régionale. Un ensemble d'intervenants privés, publics ou gouvernementaux (ministère de l'Environnement et de la Faune, municipalités, Régie du logement, industries, etc.) sont interpellés par les problématiques de santé liées à l'environnement. Il importe donc de s'assurer de bien identifier les responsabilités locales et régionales eu égard à la protection de la santé publique et de mettre en place les conditions optimales de réalisation de l'ensemble des activités.

Les mesures préconisées

La Régie régionale entend donc :

- Réaliser, d'ici l'automne 1999, des travaux afin de mieux définir les responsabilités régionales et locales en matière de santé environnementale, identifier le niveau de ressources optimales et assurer la mise en place des mécanismes de liaison et de concertation requis. Ces activités s'appuieront sur la consolidation d'un système de surveillance des risques environnementaux à la santé par le biais du rehaussement des infrastructures technologiques nécessaires.
- Identifier, pour le volet maladies infectieuses, les ressources humaines nécessaires pour la réalisation de l'ensemble des activités de protection et ce, d'ici avril 1999. Les responsabilités locales et régionales seront également précisées.
- Réaliser des travaux afin de consolider les systèmes de surveillance des maladies et des intoxications à déclaration obligatoire.

La planification des mesures d'urgence

La Régie régionale est impliquée dans la planification des mesures d'urgences pouvant toucher la population qu'elles soient d'origine naturelle (verglas, inondations) ou technologique (déversements ou fuites de produits toxiques). À ce titre, la Régie régionale participe au Comité régional de sécurité civile (CRSC) qui regroupe l'ensemble des ministères et organismes (ministère de l'Environnement et de la Faune, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, la Sûreté du Québec, etc.) impliqués dans la réponse à ces urgences.

Depuis 1993, l'Organisation régionale de la sécurité civile (ORSC), qui est la partie opérationnelle du CRSC, procède à une révision en profondeur du Plan des mesures d'urgence nucléaire externe à la centrale Gentilly 2. La phase 1 de cette révision s'est terminée en 1996 et consistait à définir les bases de la planification et un plan directeur. Une phase 2, qui s'est amorcée en juin 1998 et devrait se poursuivre jusqu'en mai 2001, permettra d'élaborer l'ensemble des procédures opérationnelles de ce plan, de mettre sur pied un programme et des activités de formation des intervenants d'urgence impliqués et de préparer un programme d'information à la population.

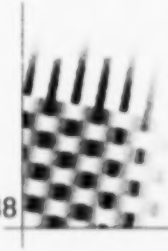
Le plan d'urgence nucléaire doit s'appuyer sur un plan de base solide. En effet, en plus du Plan régional d'organisation des mesures d'urgence (PROMU) qui se veut davantage un plan de coordination macroscopique des mesures d'urgence, la Régie régionale se devait de développer un plan plus spécifique pour soutenir les interventions relevant de son personnel. La crise du verglas de janvier 1998 a permis de mettre en évidence ce besoin. L'élaboration du Plan des mesures d'urgence de la Régie régionale s'est donc mise en branle (mai 1998 à mai 1999) et précédera l'incorporation des modalités spécifiques reliées au risque nucléaire.

Les trois volets couverts par la Régie, soit la santé physique, la santé publique et le volet psychosocial, font partie de cette planification d'urgence et le personnel concerné sera mis à contribution pour l'élaboration du plan. Ce dernier sera également harmonisé avec celui des établissements du réseau, à travers le PROMU.

Les mesures préconisées

- Réviser le plan régional de l'organisation des mesures d'urgence (PROMU) et ce, en collaboration avec les établissements dans une approche territoriale.
- Prévoir avec les établissements une révision complète de leur plan d'urgence, compte tenu des modifications des structures du plan de transformation, du passage à l'an 2000 et des suites de la crise du verglas.

En ce qui concerne le plan d'urgence nucléaire, la Régie régionale entend :



- Élaborer l'ensemble des procédures opérationnelles de ce plan.
- Offrir des activités de formation à l'ensemble du personnel du réseau impliqué dans l'intervention d'urgence en relation avec ce risque (ambulanciers, personnel d'urgence des hôpitaux, personnel de la Régie régionale, des CLSC, etc.). Ces activités sont planifiées pour le second trimestre de l'an 2000.
- Mettre sur pied, pour la population, un programme d'information sur le plan d'urgence nucléaire dans la dernière partie du projet, soit en 2001, en mettant à contribution les partenaires du réseau.

Les services en santé physique

En santé physique, la Régie régionale doit accentuer ses efforts en regard de trois grands enjeux : d'une part, la disponibilité et l'accessibilité de tous les services possibles sur le territoire et d'autre part, la mise en place d'un réseau intégré de services en santé physique qui responsabilise de façon conjointe et solidaire les établissements, les cliniques privées et les partenaires dans la prise en charge de la population et enfin, l'organisation des effectifs médicaux.

Ces trois enjeux transcendent tous les services de santé physique et sont omniprésents à la fois en regard des services de base et des services spécialisés.

Les services de base en santé physique

Les services de base sont considérés comme étant ceux offerts en première ligne. Ces services sont la porte d'entrée, voire le point de contact de la population avec le réseau de la santé. Ceux-ci doivent être accessibles à tous, 24 heures par jour et 7 jours par semaine, lorsque requis et disponibles à proximité du milieu de vie des personnes. De plus, ces services peuvent être de nature préventive, diagnostique, curative, de réadaptation et même palliative. En ce qui concerne le volet préventif, il est omniprésent dans chaque programme et cible des clientèles à risque pour lesquelles des interventions sont reconnues efficaces. De plus, chaque territoire a des services préhospitaliers d'urgence.

La Régie régionale entend favoriser la mise en place d'un réseau intégré de services en santé physique qui responsabilise de façon conjointe et solidaire les établissements, les cliniques privées et les partenaires dans la prise en charge de la population.

Tableau 2 : **Les services de santé physique qui devraient être disponibles sur une base territoriale**

Services de base		
Services offerts en établissements ou en cabinets privés	**Services offerts à domicile**	**Services préhospitaliers d'urgence**
Service Info-santé	Services médicaux	Traitement des appels pour ambulance
Services médicaux avec ou sans rendez-vous	Services de soins infirmiers	Premiers répondants auprès de la personne
Services de soins infirmiers	Services de réadaptation	Transport et soins ambulanciers
Urgence mineure :	Services spécialisés (ex : inhalothérapie, antibiothérapie à domicile, programme clientèle spécifique)[1]	Encadrement médical
24heures/7jours		
Accessibilité à des services diagnostiques		
Accessibilité à des services thérapeutiques de base (ex. : inhalothérapie, physiothérapie)		
Service de promotion et de prévention		

1 Ces services sont des services spécialisés et non des services de base qui devraient être disponibles sur le territoire.

Selon le rapport du Groupe d'analyse de l'impact du virage ambulatoire sur les services en CLSC (GAIVA, décembre 1997), plusieurs changements ont été réalisés et donnent d'excellents résultats. À titre d'exemple, les visites effectuées dans les CLSC ont permis de constater une amélioration appréciable de l'accessibilité aux services, notamment par l'allongement de la plage horaire et par le service Info-santé. Aussi les activités de maintien à domicile ont augmenté dans tous les CLSC. Ces services sont interpellés de façon particulière dans le cadre du virage ambulatoire; les intervenants ont donc révisé leur mode de pratique et se sont préparés à recevoir des cas plus complexes.

Les résultats du bilan de la transformation de même que le rapport du GAIVA soulèvent des lacunes importantes :

Des difficultés d'accessibilité au service Info-santé sont reliées au délai d'attente pour le client.

Des clientèles demeurent en centre hospitalier pour des traitements qui pourraient se donner à domicile avec le support du CLSC ou du médecin traitant.

L'organisation des services ambulatoires dans les regroupements d'établissements, par exemple : l'utilisation des civières d'observation 24/48 heures et des lits d'observation polyvalents 24/72 heures et la pertinence de maintenir des lits de courte durée.

Des services continuent de se donner à domicile alors que la clientèle pourrait se déplacer au CLSC ou au bureau de son médecin traitant.

Le transfert de l'information requis pour la continuité des soins demeure un problème majeur.

Les informations disponibles sur les activités dans chacun des CLSC varient considérablement et il est difficile de les comparer d'une année à l'autre et d'un établissement à l'autre.

La présence de médecins en nombre insuffisant dans les CLSC et l'inexistence d'un véritable projet médical sont apparus au GAIVA comme le principal problème des CLSC face aux transformations actuelles.

Les services en soins infirmiers courants, avec et sans rendez-vous, ne sont pas disponibles partout et l'accessibilité aux services de physiothérapie et d'ergothérapie varie d'un territoire à l'autre.

Les balises de financement ne permettent pas que à chaque territoire d'offrir des services semblables et comparables.

Le service Info-santé a pris une place importante comme premier interlocuteur dans les services de base et vise à répondre rapidement, à tout citoyen, à un besoin d'information, de consultation et d'orientation pour un problème de santé ou à caractère social. Ce service est grandement apprécié par la population et évite des déplacements inutiles dans la majorité des cas.

En ce qui concerne les services préhospitaliers d'urgence, la Régie régionale constate des inégalités de couverture de territoire par les services ambulanciers. De plus, le monitorage et le contrôle de la qualité des interventions demeurent des activités difficiles à réaliser dans le cadre législatif actuel.

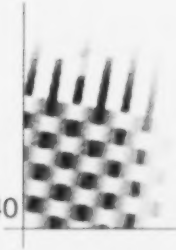
Les mesures préconisées

Dans un tel contexte, la Régie régionale doit :

- S'assurer que le CLSC de chaque territoire :
  - ~ Prenne en charge sa population et s'assure de la présence d'un réseau intégré de services de base.
  - ~ Devienne le pivot de l'organisation des services intégrés sur une base locale pour l'obtention des services en santé.
  - ~ Permette une distribution des services le plus près possible du milieu de vie des personnes, comprenant un soutien adéquat aux familles et aux proches.
- S'assurer que chaque territoire de CLSC mette l'accent sur :
  - ~ Le renforcement des services de base.
  - ~ L'articulation entre les différents niveaux de services et la concertation des partenaires; ces éléments deviennent la garantie d'accessibilité et de continuité des soins et services de qualité.

En plus d'affirmer l'importance du CLSC comme pilier de l'organisation des services, il faudra :

- Consolider la performance du service Info-santé, notamment en s'assurant que le délai d'attente ne dépasse pas deux minutes. Il faut également garder le cap sur la mission de base de ce service qui est de répondre à un besoin immédiat d'information ou de conseil pour un problème de santé.
- Améliorer l'accès aux services courants médicaux et de soins infirmiers par :
  - ~ La mise en place d'un projet médical dans tous les CLSC.
  - ~ La mise en place de services courants de soins infirmiers pour la clientèle ambulatoire.
  - ~ L'établissement d'ententes avec les cabinets privés.



- S'assurer que les cabinets privés de médecins et les services pharmaceutiques de la communauté fassent partie intégrante de l'organisation locale des services.
- Supporter, à la demande des CLSC, des projets communs d'organisation des services médicaux entre les CLSC et les cabinets privés.
- Consolider et augmenter l'accès aux services à domicile dans le cadre du virage ambulatoire par :
  - ~ Des mécanismes de réponse rapide et sans délai lorsque le requièrent les besoins du client.
  - ~ Des procédures de référence et de prise en charge simple en impliquant les médecins dans les équipes de maintien à domicile.
- Poursuivre la formation de réanimation cardiorespiratoire (RCR) en milieu scolaire et le développement du réseau des premiers répondants sur tout le territoire.

Les indicateurs de mesures pour les services de base

- Le délai d'attente moyen des appels (Info-santé).
- L'accessibilité aux services courants.
- Le nombre et la catégorie des plaintes de la clientèle.
- L'évaluation de la satisfaction de la clientèle en regard de l'accès aux services (la disponibilité du service et le délai d'attente), du mode de dispensation des services ambulatoires, de la continuité des services et de la qualité.

Tableau 3 : **Services de santé physique spécialisés et surspécialisés dans la région et hors région**

Services spécialisés dans la région	Services surspécialisés dans la région	Services surspécialisés hors région
Urgence	Dialyse rénale	Services surspécialisés pour les enfants (la pédiatrie tertiaire)
Investigations diagnostiques (ex. : radiologie, laboratoire, etc.)	Neurochirurgie	Services aux grands brûlés
Hospitalisation	Radiothérapie (Fin 1999)	Les blessés médullaires (moëlle osseuse)
Chirurgie d'un jour		Services de radiothérapie pour les personnes atteintes de cancer
Médecine de jour (ex. : traitement de l'asthme, du diabète, de la douleur, traitement de chimiothérapie, etc.)		La cardiologie tertiaire (coronarographie, dilatation et pontage)
Cliniques spécialisées ambulatoires (ex. : cliniques postchirurgicales, etc.)		Les greffes (poumon, foie, cœur, rein)

- Donner les orientations régionales en regard des services spécialisés ambulatoires à être rendus disponibles sur le territoire.
- Préciser le mandat et le nombre de lits de courte durée dans les établissements regroupés, en lien avec le programme aux personnes âgées.

Dans les services préhospitaliers d'urgence, la Régie régionale doit :

- Souscrire, avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, à la révision de l'organisation des services et au rehaussement de la formation des intervenants en préhospitalier d'urgence.

Les services spécialisés et surspécialisés

En santé physique, les services spécialisés et surspécialisés sont offerts par les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Dans l'ensemble, les établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec répondent adéquatement aux besoins de la population en offrant des services médicaux et hospitaliers spécialisés et surspécialisés pour répondre aux besoins des onze territoires. Les services spécialisés et surspécialisés sont accessibles pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé phy-

sique qui ne peuvent être résolus en première ligne. Ils couvrent un large spectre d'interventions. Plusieurs programmes clientèles se retrouvent à l'intérieur de ces services. Pour chacun des problèmes de santé visés particulièrement par des programmes spécifiques de services spécialisés, la Régie régionale tendra, au cours des prochaines années, à identifier des continuums de services allant des services de promotion et de prévention aux services de réadaptation (ex. : traumatologie, programme de lutte contre le cancer).

Les services spécialisés et surspécialisés représentent un apport important dans l'allocation des ressources régionales. Ces services demeurent indispensables et la consolidation de ceux-ci éviterait à une partie de la population de se déplacer en dehors de la région. Ils nécessitent à la fois de la main-d'œuvre spécialisée, des équipements complexes, des fournitures et des médicaments dispendieux.

Depuis 1996, beaucoup de changements ont été réalisés avec d'excellents résultats. Les services actuels contribuent grandement au retour à la vie normale des usagers, à la diminution de la morbidité, à l'augmentation de la durée et de la qualité de vie. De plus, en établissements, les changements de pratique ont réduit le séjour hospitalier. Ceux-ci ont amorcé des solutions alternatives moins lourdes dans le cadre du virage ambulatoire et créé des ententes avec les services de base, notamment avec les services à domicile. Le succès de la transformation est intimement lié au transfert d'information des centres hospitaliers aux CLSC et aux médecins traitants pour assurer une plus grande continuité des soins requis par les usagers.

Par contre, les changements amorcés au cours des dernières années ne sont pas terminés. Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région ne peuvent plus travailler de façon isolée. Ils doivent de plus en plus s'associer afin de développer des stratégies communes par rapport à certaines problématiques. Il existe encore des difficultés qui limitent l'autonomie de la région dans sa capacité à répondre de façon continue et stable aux besoins de la population. Voici les principales :

- La difficulté de recruter des médecins et la rétention de ceux-ci qui demeure fragile.
- Les listes d'attente sont nombreuses en chirurgie et pour les services diagnostiques. Les délais pour avoir un rendez-vous avec un spécialiste sont longs et surtout, le temps d'attente pour avoir accès aux services spécialisés est différent dans la région.
- La difficulté d'actualiser les mandats régionaux et d'organiser les corridors de services régionaux et nationaux.
- L'engorgement périodique de certaines urgences.

De plus, d'autres problématiques associées à la poursuite de la transformation sont à analyser, particulièrement :

- La rétention de la clientèle suite à la transformation vécue dans la région au niveau des services spécialisés.
- Les difficultés d'accès aux services dans le contexte d'un plan d'organisation transitoire pour la majorité des établissements, compte tenu de l'impact des transformations aux immeubles.
- Le requestionnement des balises de financement et le retour à l'équilibre budgétaire des établissements hospitaliers.

Les mesures préconisées

Dans un tel contexte, la Régie régionale doit :

- Maintenir les établissements hospitaliers tel que planifié lors du plan de transformation de 1996.
- Conduire une démarche régionale afin d'assurer l'accessibilité rapide à des services spécialisés et surspécialisés, comparables et équitables à chacun des citoyens, dans la mesure du possible, partout dans la région et le plus près possible du milieu de vie.
- Consolider l'affiliation universitaire dans plusieurs disciplines en collaboration avec les établissements.
- Coordonner le développement de la télémédecine et la mise en commun de certains services diagnostiques.
- Coordonner les activités relatives au fonctionnement des réseaux de services intégrés et renforcer les services spécialisés et surspécialisés, notamment dans les cinq champs suivants :
  - l'accessibilité aux services de chirurgie et aux services diagnostiques;
  - le système intégré de traumatologie;
  - le programme de lutte contre le cancer;
  - le programme ambulatoire des services spécialisés;
  - la dialyse rénale.

L'accessibilité aux services de chirurgie et aux services diagnostiques

La situation en regard des listes d'attente en chirurgie, à la grandeur de la province, est inquiétante en termes d'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés. Dans la région, les plus longues listes d'attente se retrouvent en orthopédie et en ophtalmologie.

La Régie régionale entend mettre en place une série de mesures dans le but d'utiliser de façon optimale les ressources hospitalières pour les chirurgies et les services diagnostiques. L'usage approprié des lits et des salles d'opération en fonction des besoins des clientèles fera partie des mesures implantées en collaboration avec les centres hospitaliers et les médecins impliqués.

La mesure préconisée

- Élaboration d'un plan d'action pour diminuer les listes d'attente et contrer les longues attentes en chirurgie, plus particulièrement pour quelques chirurgies ciblées comme l'orthopédie et l'ophtalmologie, et éventuellement pour l'ensemble des chirurgies et des services diagnostiques.

Le système intégré de soins en traumatologie

Par sa *Politique de santé et du bien-être*, le Ministère vise à réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives ou sportives et ce, d'ici l'an 2002. Pour atteindre cet objectif, la Régie régionale entend maintenir ses efforts pour promouvoir la sécurité et prévenir les traumatismes. Dans le cadre des services spécialisés, sa stratégie d'action est de consolider le système de soins intégrés en traumatologie dont la responsabilité principale est de fournir aux clientèles victimes de traumatismes sévères toute l'expertise médicale reconnue dans ce genre d'intervention et ce, dans des délais les plus courts possibles.

Les mesures préconisées

- Mettre en place un comité régional de traumatologie mandaté pour assurer le suivi des recommandations du groupe d'experts en traumatologie.
- Établir des corridors de services interétablissements dans la région avec le Centre hospitalier régional et avec d'autres régions.
- S'assurer que des critères rigoureux de qualité d'intervention, d'évaluation des victimes de traumatismes et de formation du personnel œuvrant en préhospitalier soient en place dans la région.

Le programme de lutte contre le cancer

Le programme de lutte contre le cancer vise la création d'un véritable réseau intégré de lutte contre le cancer permettant de consolider les liens déjà existants de même que les effectifs, les actions et les investissements déjà consacrés à cette lutte et ce, avec la participation de l'ensemble des personnes touchées par cette problématique.

Les mesures préconisées

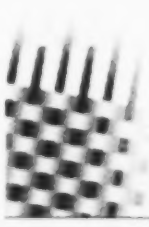
- Mettre sur pied un comité régional de lutte contre le cancer et, pour ce faire, reconnaître la contribution de la Table régionale de concertation en cancérologie qui existe déjà depuis deux ans.
- Implanter et mettre en place des conditions assurant l'amélioration continue du programme régional de dépistage du cancer du sein.
- Implanter, d'ici 2002, le programme régional de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Mettre en place le service de radiothérapie au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières pour la fin 1999.

Le programme ambulatoire des services spécialisés

En association avec les centres hospitaliers et les CLSC, la Régie régionale veut revoir les modalités de fonctionnement des services spécialisés dispensés actuellement par les centres hospitaliers, afin d'en arriver à une organisation des services qui accentuera la sortie plus rapide des clientèles vers des ressources plus légères.

La mesure préconisée

- Donner les orientations régionales en regard des services spécialisés pour soutenir le virage ambulatoire d'ici janvier 1999 (ex. : médecine de jour, cliniques externes spécialisées, etc.).



La dialyse rénale

L'organisation des services en dialyse rénale a été consolidée financièrement par l'injection d'un montant de 1 750 000 $ sur une période de trois ans. Dans une perspective 2002, la Régie, en collaboration avec l'établissement et les partenaires concernés, entend mettre de l'avant les mesures suivantes :

Les mesures préconisées

- Élaborer un plan d'action qui visera à :
  - ~ Limiter l'augmentation annuelle des personnes dialysées à moins de 5 % au cours des douze prochaines années.
  - ~ D'ici l'an 2000, augmenter à 50 % la proportion des personnes dialysées qui bénéficient d'un mode de traitement autonome.
  - ~ D'ici l'an 2000, atteindre une autosuffisance supérieure à 80 % en dialyse rénale.
  - ~ D'ici deux ans, offrir à toutes les personnes dialysées un support équitable pour le transport, les médicaments et les services psychosociaux.
- S'assurer que le plan d'action en dialyse rénale sera monitoré.

Les objectifs et les indicateurs de mesures pour les services spécialisés et surspécialisés

- Réduire les séjours à l'urgence :
  - ~ Aucun séjour de plus de 48 heures.
  - ~ Le séjour sur une civière plus de 24 heures doit être inférieur à 15 % sur une base annuelle.
- Optimiser les durées moyennes de séjour à six jours.
- Réduire le délai moyen d'attente pour la chirurgie avec hospitalisation en conformité avec le résultat des travaux conduits par le groupe sur l'organisation des services.
- Réduire le délai moyen d'attente à trois mois pour la chirurgie d'un jour en conformité avec le résultat des travaux conduits par le groupe sur l'organisation des services.
- Augmenter à 70 % le taux de participation des femmes ciblées au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein.*
- Réduire de 20 % la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes non intentionnels.
- Augmenter à 50 % la proportion des personnes dialysées qui bénéficient d'un mode de traitement autonome.

Les services en santé sociale

La santé mentale

Le programme santé mentale avait fait l'objet, en 1992, de l'adoption d'un plan régional d'organisation des services très complet qui prévoyait l'ajout de 10 M $ supplémentaires. Toutefois, la nécessité de procéder à l'effort d'assainissement des dépenses publiques l'a plutôt confronté à des vagues successives de réduction des dépenses compromettant, par le fait même, la réalisation du plan régional. Le plan de transformation prévoyait un certain nombre de mesures qui ont connu un faible degré de réalisation. D'autre part, en 1996 le Ministère faisait connaître ses orientations concernant l'organisation des services aux personnes autistes. En 1998, le Ministère publiait sa stratégie d'action face au suicide et, en 1997, il lançait en consultation un document portant sur la transformation des services en santé mentale. Le ministre devrait, selon toute vraisemblance, faire connaître incessamment ses orientations définitives sur le sujet.

Dans un tel contexte, la Régie régionale a fait connaître ses intentions de mobiliser l'ensemble des forces de ce secteur d'activités dans une opération de planification régionale devant conduire à l'adoption d'orientations régionales et d'un plan d'implantation de celles-ci en mars 1999. Viendront s'ajouter aux préoccupations déjà mentionnées, la question relative aux services en santé mentale offerts aux enfants et aux jeunes ainsi que celle concernant l'organisation médicale. La transformation proposée repose sur une stratégie de réallocation budgétaire au sein de l'enveloppe budgétaire du programme et prévoit que 60 % des ressources investies seront disponibles dans la communauté.

Les mesures préconisées

- Définir le type et la nature des services de base dans chacun des territoires pour les personnes souffrant de troubles transitoires ou pour les personnes dont la santé mentale est menacée.
- Pour la clientèle vivant avec des troubles sévères et persistants :

- ~ Déterminer le nombre de lits de traitement disponibles en centre hospitalier de courte et de longue durée.
- ~ Déterminer la quantité et la nature des services devant être rendus dans la communauté pour cette clientèle.
- ~ Déterminer les rôles et les responsabilités des partenaires.

- Voir à renforcer les services offerts aux enfants et aux jeunes et à en améliorer l'accès.
- Voir à implanter la stratégie québécoise d'action face au suicide en lien avec les autres services existants (Info-santé) et à assurer l'accessibilité téléphonique 24 heures par jour et 7 jours par semaine.
- Identifier un établissement responsable pour la clientèle autistique ou vivant des troubles envahissants du développement et déterminer la porte d'entrée pour accéder aux services et définir les rôles et les contributions des partenaires.
- Élaborer un modèle qui précise l'apport des médecins généraliste et propose les façons les plus judicieuses d'utiliser, de façon optimum, l'expertise des psychiatres et pédopsychiatres qui exercent dans la région, en lien avec les ressources existantes.

Enfin, le plan d'implantation permettra de bien situer le rythme de cette transformation et déterminera les conditions précises des réallocations budgétaires, matérielles et humaines. Il fournira également des indications quant à la séquence des événements et des conditions liées à la transformation.

L'enfance, la jeunesse et la famille

Le secteur enfance-jeunesse-famille est une priorité tant régionale que provinciale. Le plan de transformation de 1996 visait pour ce secteur le renforcement du soutien aux familles de façon à favoriser le maintien du jeune dans son milieu naturel, la diminution de la pauvreté et ses conséquences sur les jeunes familles, le renforcement des services de base tant en promotion et prévention qu'en services cliniques et l'élimination des listes d'attente en protection de la jeunesse et en jeunes contrevenants. De plus, des efforts devaient être consentis afin de s'assurer que les services offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille se donnent en continuité, de façon à éviter les ruptures de services. Le développement d'une vision globale et partagée avec tous les partenaires impliqués auprès de ces clientèles et une meilleure concertation soutenaient ces orientations.

Le bilan du plan de transformation, à l'automne 1997, permettait de faire certains constats. Tout en reconnaissant que des progrès avaient été réalisés en ce qui concerne les services en périnatalité (*Naître égaux-grandir en santé*), les alternatives au placement, les actions en protection de la jeunesse et en regard des jeunes contrevenants, force est de constater que les travaux étaient à poursuivre. Aussi, les partenaires du réseau faisaient part du besoin important d'un leadership et d'une coordination assumés par la Régie régionale en ce qui a trait aux grandes orientations de ce secteur. De plus, le développement d'une vision régionale n'avait pu se concrétiser et certaines notions telles les équipes jeunesse, les équipes écoles en santé et d'autres avaient besoin d'être mieux définies avant d'obtenir l'adhésion des partenaires. La volonté d'actualiser le virage promotion/prévention avait aussi été questionnée vu la lenteur du déploiement des budgets s'y rattachant. Il était aussi ressorti un besoin de formation des intervenants étant donné les besoins plus grands et plus complexes des jeunes et des familles.

La Régie régionale veut mobiliser l'ensemble des forces du secteur de la santé mentale dans une opération de planification régionale devant conduire à l'adoption d'orientations régionales et d'un plan d'implantation de celles-ci.

Depuis, la Régie régionale a procédé à l'allocation de tous les budgets concernant les mesures en enfance-jeunesse-famille, soit environ 5 M $, des cadres de référence s'y rattachant ont été élaborés et de nouvelles mesures concrètes ont été mises en place dans le but d'éliminer les listes d'attente en protection de la jeunesse.

Le maintien du jeune dans son milieu de vie naturel, l'action en amont des difficultés et la consolidation des liens de partenariat sectoriels et intersectoriels sont des orientations qui sont maintenues.

Pour sa part, le projet de consolidation est une continuité du plan de 1996, en plus de viser aussi de nouvelles mesures. La nécessité de développer une vision globale et partagée des besoins des jeunes et des familles ainsi que des services qu'ils requièrent demeure une priorité. Il faut rendre accessibles les services définis dans ce continuum pour les populations de chacun des territoires, en respectant les grandes orientations du présent projet, soit la réaffirmation du virage promotion/prévention, l'accès rapide et équitable à des services de qualité, personnalisés et coordonnés. De façon plus précise, le maintien du jeune dans son milieu de vie naturel, l'action en amont des difficultés et la consolidation des liens de partenariat sectoriels et intersectoriels

sont des orientations qui sont maintenues. À ce titre, les milieux scolaire, communautaire, municipal, de la petite enfance, économique, médical, judiciaire et universitaire sont plus que jamais des collaborateurs essentiels à l'atteinte des objectifs. La Régie régionale s'engage à soutenir cette concertation.

Les orientations du niveau national, attendues très prochainement (Comité jeunesse (Cliche), Comité d'experts en organisation clinique en matière jeunesse (Lebon) et le Comité de concertation en promotion et prévention sur les interventions universelles et sélectives et à visée promotionnelle ou préventive auprès des milieux de vie des enfants et des jeunes âgés de 6 à 17 ans et de leur famille mandaté par le Conseil des directeurs de santé publique) donneront un cadre intégrateur aux travaux à réaliser dans la région.

Les mesures préconisées

- Répondre aux besoins de base des enfants, des jeunes et des familles pour chacune des phases de vie suivantes : prénatale, périnatale, postnatale précoce, petite enfance, enfance et adolescence, en identifiant les services devant être accessibles sur chacun des territoires et ce, pour l'ensemble du continuum.
- S'assurer que chacun des territoires bénéficie des ressources humaines et financières nécessaires à l'actualisation de services de qualité et qui soient accessibles. Cela implique d'évaluer les effectifs requis pour dispenser ces services et au besoin, développer une stratégie de réallocation financière pour atteindre les objectifs fixés.
- Se donner une vision globale et partagée par l'élaboration d'un plan d'action régional en enfance-jeunesse-famille qui intègre les diverses orientations nationales, qui définit le continuum de services à mettre en place sur les territoires et qui précise les rôles attendus de chacun des partenaires, tant du réseau de la santé et des services sociaux que du milieu communautaire, et qui prévoit les mécanismes de collaboration favorisant l'accès et la continuité des services.
- Poursuivre l'actualisation et l'évaluation des mesures de promotion et de prévention préconisées dans le plan de transformation de 1996 : *Naître égaux-grandir en santé*, soutien au développement de l'enfant, de sa famille et de ses milieux de vie, *Équipes écoles en santé* et famille en rupture et recomposition.
- Intégrer, dans le continuum de services destiné aux jeunes, des interventions de promotion de la santé et de prévention, notamment : lutte au tabagisme, prévention de la carie dentaire, immunisation, prévention des MTS-sida, création de milieux sains et sécuritaires, promotion de l'activité physique, prévention des grossesses à l'adolescence et allaitement maternel.
- Poursuivre la mesure de maintien du jeune dans son milieu de vie naturel. Renforcer les mécanismes de concertation et de collaboration entre les différents partenaires, tant du réseau de la santé que des autres secteurs et ce, afin de réaliser des activités de promotion et de prévention tout en intervenant le plus précocement possible dans l'évolution des problèmes et de façon plus intégrée et plus intensive auprès du jeune et de sa famille.
- Éliminer les listes d'attente en protection de la jeunesse et en jeunes contrevenants.
- Diminuer le nombre des placements et leur durée ainsi que les déplacements en vue de ne réaliser que des placements judicieux pour les clientèles visées par de l'hébergement : jeunes en famille d'accueil et jeunes en centre de réadaptation.
- Mieux coordonner l'accès aux services spécialisés et assurer la continuité des processus cliniques en santé mentale (pédopsychiatrie), déficience intellectuelle, déficience physique (particulièrement en orthophonie), toxicomanie, violence et agressions sexuelles. Il faut prévoir des mécanismes afin d'éviter les listes d'attente et, le cas échéant, s'assurer que toute famille en besoin de services reçoive un soutien approprié et ce, pour toute la gamme de services spécialisés.
- Ajuster ou développer les services spécialisés de réadaptation pour répondre aux besoins des jeunes confrontés à des problèmes sévères en regard des problématiques suivantes : agressions sexuelles, violence, toxicomanie, problèmes de santé mentale ou confrontés à plus d'une de ces problématiques. Tenir compte des recommandations du Comité Gendreault et Tardif sur *Les internats pour les jeunes de 12 à 18 ans*.
- Soutenir les intervenants dans un contexte de changement de pratique (partage d'expertise, formation, etc.).
- Renforcer l'évaluation et la recherche de façon à améliorer les approches et les interventions dans le secteur jeunesse.

L'alcoolisme et la toxicomanie

Depuis 1996, le déploiement des services externes de Domrémy s'est réalisé de même que la mise en place des services spécialisés pour les personnes judiciarisées. Toutefois, ce secteur d'activités rencontre des difficultés reliées à l'absence d'une vision globale et d'orientations claires et partagées. Cette situation se répercute sur l'ensemble de la gamme de services. La jonction, la duplication voire même la compétition entre les secteurs privé, communautaire et public commandent la nécessité de revoir et de mieux partager les rôles et les responsabilités de chacun des acteurs et ainsi, harmoniser la contribution attendue de chacun.

Il est également impératif de rééquilibrer l'offre de services, soit pour faire face à des nouveaux besoins en émergence, soit tout simplement pour tenir compte des besoins connus et réels de la population. À titre d'exemple, il faut noter l'absence de ressources d'hébergement et de réadaptation pour les jeunes de 12 à 17 ans alors que le dernier recensement indique l'existence d'environ 400 lits en hébergement pour adultes.

Ainsi, la diversité des philosophies d'intervention, de même que la variété des approches rendent plus difficile la concertation.

Les mesures préconisées

- Déterminer, en décembre 1998, les grandes orientations et la gamme de services nécessaires pour ce programme clientèle.

  Ces travaux devront permettre notamment de proposer des indications précises sur les sujets suivants :

  - L'organisation des activités de promotion et de prévention qui prévoit un nouveau partage de rôles entre la Régie régionale et les acteurs du territoire.
  - L'identification de responsabilités claires à l'endroit des centres hospitaliers dans le secteur de la désintoxication et des CLSC dans le secteur de l'intervention de première ligne.
  - Des règles relatives au nombre de ressources d'hébergement requis du type de service à y être dispensé, de leur durée ainsi que du nombre de lits requis pour la population de la région sociosanitaire.
  - Les modalités d'implantation du cadre de référence des ressources intermédiaires en lien avec les organismes existants.
  - La pertinence de développer une formule d'agrément des organismes privés.
  - L'articulation des rôles respectifs de chacun des acteurs dans un souci de complémentarité.

- Déployer et implanter, sur une période de douze à dix-huit mois, les orientations retenues dans le modèle d'organisation des services.

La déficience physique

En déficience physique, le plan de transformation a permis de compléter la régionalisation des services, de les rendre accessibles le plus près possible du milieu de vie des clients et de favoriser la participation sociale des personnes handicapées en consolidant les ressources affectées aux programmes de support à l'intégration sociale. Par ailleurs, le rapport d'étape du plan de transformation a permis d'établir les constats suivants : l'importance de clarifier les rapports entre les dispensateurs de services de réadaptation, la nécessité d'assurer la continuité des services, le besoin de consolider tous les programmes de support à l'intégration sociale et l'insuffisance de services courants de réadaptation dans les territoires.

La Régie régionale entend se doter d'un modèle d'organisation des services dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

Le projet de consolidation veut renforcer les mesures du plan de transformation en vertu des orientations retenues par le conseil d'administration de la Régie régionale. En déficience physique, les enjeux identifiés concernent l'intégration fonctionnelle des différents programmes et services du continuum au profit du client et l'augmentation des services de base dans la communauté.

Les mesures préconisées

Trois mesures sont proposées dans le cadre du projet de consolidation : l'accessibilité aux services de base dans chaque territoire, le support à l'intégration sociale et une action plus rapide et mieux intégrée des partenaires du continuum de services.

- Rendre accessibles dans chaque territoire les services de base nécessaires à la prévention des problèmes susceptibles d'entraîner une incapacité physique et à la réduction de leurs conséquences.

  Dans un continuum de services en déficience physique, l'intervention en première ligne est essentielle afin de protéger le potentiel d'auto-

Les enjeux identifiés concernent l'intégration fonctionnelle des différents programmes et services du continuum au profit du client et l'augmentation des services de base dans la communauté.

nomie des personnes et d'éviter que les problèmes physiques ne provoquent des complications nuisibles ou récidivantes. La *Politique de la santé et du bien-être* cible d'ailleurs, dans les objectifs 10 et 11, la diminution de la morbidité et de la durée des incapacités causées par les traumatismes, les maux de dos et les maladies comme l'arthrite ou le rhumatisme. De plus, des orientations nationales ont été récemment proposées pour prévenir l'apparition et l'aggravation de la surdité professionnelle et des autres atteintes à la santé attribuables au bruit en milieu de travail.

Il est essentiel que les personnes aient accès dans leur communauté à des services courants de réadaptation. Ces services, offerts par des professionnels de la réadaptation tels les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les audiologistes, s'appuient généralement sur une infrastructure légère et s'intègrent parfaitement au concept de services de base dans la communauté. Dans l'ensemble, il faut :

- ~ Soutenir les actions préventives et de promotion susceptibles de réduire l'incidence des problèmes de déficience physique (ex. : prévention de la surdité professionnelle, réduction de l'incidence des malformations du tube neural par l'administration d'acide folique aux femmes susceptibles de devenir enceintes, promotion de la sécurité, prévention des traumatismes, etc.).
- ~ Disposer d'une équipe de base en services courants de réadaptation pour une clientèle ambulatoire dans tous les CLSC et de services en audiologie dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.
- ~ Arrimer et ajuster les services de réadaptation hospitalière en relation avec les nouvelles équipes en services courants de réadaptation par territoire.
- ~ Consolider l'implantation des services en orthophonie 0-5 ans dans les CLSC.

• Consolider les programmes de support à l'intégration sociale :

La finalité des programmes, activités ou services mis à la disposition de la population dans le programme de déficience physique est l'intégration sociale des personnes ayant des incapacités physiques. Le rôle du réseau consiste à supporter les individus et leur famille en favorisant le maintien dans le milieu et l'allégement de la tâche supplémentaire qui incombe aux aidants naturels. L'objectif visé est d'éviter l'institutionnalisation des personnes pour cause de déficience physique et de permettre à ces personnes de continuer à jouer leur rôle social. La Régie régionale devra :

- ~ Procéder à la prise en charge régionale suite à une décentralisation de certains programmes de l'Office des personnes handicapées du Québec (aides techniques) et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (aide à la mobilité et à la posture).
- ~ Élaborer une politique régionale de récupération et de valorisation des aides techniques qui inclura les aides financées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, le programme régional d'aides à la vie quotidienne et domestique, les aides techniques prêtées par les CLSC ainsi que celles utilisées par la clientèle admise dans les établissements.
- ~ Répondre aux besoins particuliers des personnes ayant une déficience physique par le développement de ressources intermédiaires adaptées qui disposent de places d'hébergement transitoire ou temporaire.
- ~ Réviser les critères d'admissibilité et d'allocation des programmes de soutien à la personne et à la famille (maintien à domicile, transport et hébergement, répit, dépannage, gardiennage, etc.) dans le cadre d'une politique régionale en matière de support à l'intégration sociale.
- ~ S'assurer de la mise en place d'un programme d'intégration socioprofessionnelle et d'un programme d'évaluation de la conduite automobile, sous la responsabilité du Centre de réadaptation InterVal.

• Favoriser une action plus rapide et mieux intégrée des partenaires du continuum de services.

Une action plus rapide et mieux intégrée des partenaires du continuum de services est nécessaire afin d'actualiser tout le potentiel recherché à l'origine par l'intégration de différentes mesures mises en place depuis 1996. L'identification rapide des personnes atteintes d'une déficience constitue une prémisse sur laquelle repose l'efficacité des actions menées en aval. La précocité des interventions permet souvent de limiter l'ampleur des limitations qui les menacent. Il est essentiel que les établissements de santé, et en particulier les centres hospitaliers, identifient les personnes à risque

de développer des incapacités à la suite d'une déficience physique et les réfèrent rapidement vers le secteur de la réadaptation. Pour atteindre cet objectif, il faut que :

- Chaque centre hospitalier élabore un mécanisme d'identification systématique des personnes qui sont à risque de développer des incapacités significatives et persistantes à la suite d'une déficience physique de manière à pouvoir les référer pour une intervention précoce en réadaptation.
- Soit mise en place dans chaque territoire une table de concertation en réadaptation physique regroupant tous les programmes concernés, y compris le Centre de réadaptation InterVal, et dont les préoccupations incluent les clientèles nouvelles (ex. : la fibromyalgie) ou sans mandataires précis.
- Soient révisés les mécanismes de transfert entre les centres hospitaliers et les unités de réadaptation fonctionnelle intensive pour garantir un accès rapide sans délai d'attente.
- La Régie régionale procède à une évaluation du fonctionnement des URFI de la région ainsi que de leurs services et procède aux ajustements requis.

La déficience intellectuelle

En déficience intellectuelle, le plan de transformation visait la consolidation des activités de support à la personne ou à la famille, la mise en place de services de première ligne par le prêt de ressources et l'intégration dans la communauté des personnes institutionnalisées en raison d'une déficience intellectuelle. Par la suite, le rapport d'étape du plan de transformation a permis d'établir les constats suivants : la nécessité de préciser les rôles de chacun des acteurs, l'importance d'améliorer le partenariat institutionnel et le besoin de réévaluer les programmes de soutien à la famille.

Le projet de consolidation veut renforcer les mesures du plan de transformation en vertu des orientations retenues par le Conseil d'administration de la Régie régionale. À cet égard, l'intégration et la participation sociales des personnes ayant une déficience intellectuelle de même que l'accessibilité à une gamme intégrée de services dans la communauté constituent des enjeux majeurs 1999-2002.

Les mesures préconisées

Ainsi, les mesures préconisées sont la coordination des services qui assure à la personne un continuum de services fluide et personnalisé, le rehaussement des services de base dans chaque territoire et l'amorce de l'intégration sociale des personnes hébergées en institution en raison d'une déficience intellectuelle.

La réponse aux besoins des personnes et des familles au sein de leur propre communauté dépend pour une bonne part de la qualité de la concertation qui prévaut entre les partenaires du continuum de services.

- Coordonner les actions des partenaires du continuum de services.

  La réponse aux besoins des personnes et des familles au sein de leur propre communauté dépend pour une bonne part de la qualité de la concertation qui prévaut entre les partenaires du continuum de services. Les établissements de première ligne, le Centre de services en déficience intellectuelle, les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels ont une responsabilité de collaboration. À cet égard, la Régie régionale devra :

  - Faire un suivi du prêt d'effectifs du Centre de services en déficience intellectuelle vers les CLSC de façon à évaluer l'impact du prêt sur la mise en place de services de base en déficience intellectuelle et statuer sur une orientation à plus long terme dans une perspective de maintien de l'expertise et du renforcement des liens entre ces partenaires.
  - Voir à la mise en place dans la communauté d'un comité de concertation afin de préciser les contributions respectives des partenaires, soit le Centre de services en déficience intellectuelle, le CLSC et les organismes communautaires, notamment en ce qui a trait à l'information sur les services et leur accès, le support à la personne et à la famille et l'accompagnement.
  - Disposer des ententes interétablissements concernant l'accès aux services pour la clientèle présentant une problématique majeure associée à la déficience intellectuelle (santé mentale, toxicomanie, déficience physique, etc.).

- Rendre accessibles les services de base dans chaque communauté.

  Dans un continuum de services en déficience intellectuelle, l'intervention dans la communauté est essentielle afin que se concrétise l'ensemble des efforts et des actions entreprises par l'ensemble des partenaires auprès de la

clientèle pour le développement des compétences et la valorisation des rôles sociaux. Ainsi, l'accès à l'information, au dépistage, à la stimulation précoce et aux programmes de support à la famille constituent un préalable à l'intégration et à la participation sociales. Ces services s'appuient sur la contribution de programmes spécifiques et spécialisés dispensés à cette clientèle par l'établissement ayant un mandat régional, soit le Centre de services en déficience intellectuelle. Afin d'assurer l'accès et la disponibilité des services, il s'avère prioritaire de retenir les moyens suivants :

- Évaluer la gamme de services de base disponibles dans chacun des territoires.
- Établir un équilibre parmi les établissements de première ligne dans l'accès aux services de base tels que l'information, le dépistage, la stimulation précoce, le support à la famille et l'accompagnement, facilitant subséquemment la continuité et la complémentarité avec les programmes spécifiques dispensés par le partenaire régional.
- Voir à l'arrimage des services de base en déficience intellectuelle avec les autres programmes offerts par le CLSC.
- Réviser les critères d'admissibilité et d'allocation des services de répit et de dépannage dans le cadre de l'élaboration d'une politique régionale en matière de support à l'intégration sociale pour les personnes handicapées (en lien avec la mesure annoncée dans la section «Déficience physique»).
- Assurer l'accès pour cette clientèle aux services courants de réadaptation en physiothérapie, ergothérapie et orthophonie offerts dans les territoires.
- Réviser, s'il y a lieu, le ratio d'intervenants en prêt de services afin de compléter la gamme de services de base devant être offerts à cette clientèle par les CLSC.

• Favoriser l'intégration et la participation sociales.

En dépit des progrès réalisés pour réaliser l'intégration physique des personnes ayant une déficience intellectuelle, les efforts de partenariat visant à assurer leur intégration dans la communauté doivent se poursuivre notamment avec les secteurs de l'éducation, du travail, du transport et des loisirs. Une attention particulière doit être portée à la condition des aînés ayant une déficience intellectuelle.

D'autre part, d'importants travaux sont effectués pour préparer l'intégration dans la communauté des usagers qui sont hébergés au Centre l'Aubier et à l'Hôpital St-Julien en raison d'une déficience intellectuelle. Ce retour dans un milieu de vie naturel doit être planifié minutieusement, car les attentes sont très élevées. Les ressources requises pour assurer la réussite de cette désinstitutionnalisation doivent être accessibles. Les efforts devront être concentrés pour :

- Réaliser adéquatement le processus de désinstitutionnalisation du Centre l'Aubier et de l'Hôpital St-Julien.
- Identifier les besoins particuliers des aînés ayant une déficience intellectuelle et statuer sur les interventions requises.
- Appuyer l'approche communautaire en déficience intellectuelle et renforcer la concertation intersectorielle orientée sur l'intégration et la participation sociales.

Les personnes âgées

Le bilan du plan de transformation confirme les assises du programme personnes âgées, soit le renforcement des mesures de maintien dans le milieu, la protection de leur autonomie fonctionnelle et le développement des mesures de rechange à l'hébergement institutionnel. Le projet de consolidation propose donc l'intensification des stratégies de promotion et de prévention et de maintien dans le milieu.

Faisant partie intégrante des services de base, la quasi totalité des services aux aînés doit être accessible dans chacun des territoires. Toutefois, certains facteurs font en sorte que ce principe peut être modulé d'un territoire à l'autre : la richesse de la gamme de services en place, le tissu social dans la communauté, les conditions socio-économiques et l'obligation en regard d'une utilisation optimale des ressources.

Dans un esprit de subsidiarité et d'imputabilité, il appartient à chaque territoire de mettre en œuvre des stratégies d'action en promotion et en prévention visant le renforcement du potentiel des personnes âgées face à certaines habitudes de vie, le développement d'environnements sains et sécuritaires de même que l'action auprès des groupes vulnérables comme les personnes esseulées et les femmes.

De même, chaque territoire doit également déterminer, en lien avec les autres programmes clientèles, le nombre de lits d'hébergement institutionnel et de places en ressources résidentielles ou

intermédiaires destinées aux aînés en perte d'autonomie.

L'émergence de quatre nouvelles réalités incite à apporter certains ajustements dans l'offre de services aux aînés :

- L'augmentation du nombre de personnes vieillissantes met en relief l'importance de développer une approche positive du vieillissement pouvant prévenir l'apparition de certains problèmes psychosociaux.
- La présence de plus en plus importante de déficits cognitifs chez les personnes âgées demande la venue de ressources mieux adaptées à ce problème de santé.
- L'engagement soutenu et la précieuse contribution des aidants requièrent dorénavant une réelle reconnaissance de la part du réseau et l'établissement d'une relation partenariale équitable.
- Les développements très importants observés du côté des ressources d'hébergement privé font ressortir la nécessité de définir de nouveaux liens avec ces partenaires.

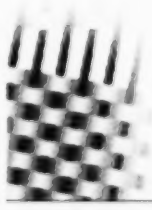
L'optimalisation de la gamme de services mise en place par le plan de transformation requiert maintenant la modification et l'ajustement des pratiques professionnelles, la contribution et l'implication des aînés, la reconnaissance et le soutien aux aidants ainsi que le développement d'une approche intégrée de concertation territoriale entre les partenaires du réseau et du multisectoriel.

Les mesures préconisées

- Augmenter les activités de promotion et de prévention (primaires et secondaires) destinées aux personnes de 55 ans et plus, tout en les adaptant aux différents milieux de vie et niveaux d'autonomie :
  - ~ Soutenir l'implantation et l'évaluation (effets et impacts) du service de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile.
  - ~ Favoriser l'implantation du *Guide de prévention des chutes en CHSLD* et en assurer le suivi.
  - ~ Développer des services efficaces pouvant favoriser l'adoption de meilleures habitudes de vie face à la consommation de médicaments, l'alimentation et l'activité physique.
  - ~ Développer une approche positive du vieillissement qui met en valeur le potentiel, la contribution et la participation des aînés.
  - ~ Déterminer une gamme de services efficaces pouvant prévenir l'épuisement physique et la détresse psychologique des aidants.
  - ~ Définir des stratégies efficaces face à l'abus et la violence à l'endroit des aînés.

  Il est à noter que l'implantation des activités de promotion et de prévention doit s'effectuer dans une approche participative impliquant soit les aînés, les organismes communautaires ou les CLSC.
- Consolider les services dans le milieu naturel :
  - ~ Augmenter et délimiter la proportion de l'enveloppe budgétaire réservée aux différents services de maintien dans le milieu destinés aux aînés en perte d'autonomie, particulièrement celle des services à domicile des CLSC.
  - ~ Augmenter la précocité, la diversité et l'intensité des services d'aide à domicile ainsi que les services de support aux aidants, et en assurer l'adaptabilité, la continuité et la stabilité.
  - ~ Préciser et harmoniser les critères et règles d'admissibilité et d'accessibilité aux services à domicile, incluant les résidences privées, et développer un outil unique de détermination du niveau socio-économique nécessaire à la priorité des demandes de services.
  - ~ Développer un mécanisme partenarial de reconnaissance concertée des résidences privées.
  - ~ Accentuer, dans l'ensemble de la gamme de services, le développement de réponses adaptées et novatrices de maintien dans le milieu pour la clientèle en déficit cognitif, de façon à améliorer leur qualité de vie et celle de leurs aidants.
  - ~ Confirmer le leadership du service ambulatoire de gériatrie, en faire le centre d'expertise et la plaque tournante du maintien dans le milieu de la clientèle gériatrique et consolider son mandat en psychogériatrie.
  - ~ Préciser et harmoniser les contributions attendues de chacun des partenaires du continuum de services en regard de la réadaptation géronto-gériatrique.

L'optimalisation de la gamme de services requiert la modification et l'ajustement des pratiques professionnelles, la contribution et l'implication des aînés, la reconnaissance et le soutien aux aidants ainsi que le développement d'une approche intégrée de concertation territoriale



- ~ Préciser le cadre de référence de l'intervention géronto-gériatrique en centres hospitaliers.
- ~ Préciser le mandat ainsi que le nombre de lits de courte durée gériatrique au sein des établissements regroupés.
- ~ Développer des ressources transitoires de façon à limiter à un maximum de 48 heures le délai d'attente en lits de courte durée suite au congé médical pour les situations de présomption de changement de milieu de vie.
- ~ Confier à un comité d'experts le mandat de développer un projet médical géronto-gériatrique intégrateur et harmonisé incluant la contribution du médecin traitant des usagers inscrits aux différents services de maintien dans le milieu.
- ~ Préserver la vocation première de soutien aux aidants des places d'hébergement temporaire et développer des ressources de convalescence et de soins palliatifs.

• Faciliter l'accès aux services, leur flexibilité et leur continuité :

- ~ Finaliser l'implantation de l'outil multiclientèle et faire du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) l'outil intégrateur des pratiques au sein du continuum de services aux aînés.
- ~ Mettre en place, dans chacun des territoires de concertation, un mécanisme de coordination unifié des services pour les aînés et leurs aidants, aux prises avec une problématique lourde et complexe, nécessitant des soins à long terme.
- ~ Déterminer les objectifs de résultats attendus pour les différents services du continuum, implanter et harmoniser les outils de cueillette de données nécessaires à la reddition de comptes.
- ~ Redéfinir la composition, le mandat et l'interrelation des mécanismes territoriaux et régionaux de concertation.

• Rationaliser les ressources d'hébergement intermédiaire et institutionnel :

- ~ Accentuer le développement de ressources intermédiaires novatrices adaptées aux besoins évolutifs des aînés et de leurs aidants, notamment les personnes atteintes de déficits cognitifs.
- ~ Ajuster la tendance à la diminution du nombre de lits d'hébergement institutionnel en fonction d'un choix territorial déterminé à l'intérieur d'une balise maximale de 3,5 et d'une balise minimale de 2,5 pondérée en fonction de la population aînée en 2006.
- ~ Assurer la validation et le suivi de l'évaluation *Plaisir*.

Les mesures proposées insistent sur certains éléments décisifs du continuum de services aux aînés dont l'accentuation de certaines activités ciblées de prévention et de promotion, l'intensification des services d'aide à domicile, la reconnaissance et le soutien des aidants, le renforcement du service ambulatoire de gériatrie, le développement d'un projet médical intégrateur, l'adaptation à la problématique des déficits cognitifs, la diversification des options à l'hébergement institutionnel.

Finalement, la modification des pratiques professionnelles sera majeure suite à l'implantation de l'outil multiclientèle et du mécanisme de coordination des services.

Autres services

Les ressources non institutionnelles

Le plan de transformation ainsi que l'avènement successif d'orientations ministérielles dans le domaine de l'organisation des services auprès des diverses clientèles (santé mentale, jeunesse, âgée, toxicomanie) ne font que confirmer la nécessité d'offrir des services dans le milieu naturel de la personne. Il faut lui procurer, lorsque c'est nécessaire, des ressources d'hébergement légères le plus près possible de son milieu plutôt que d'avoir recours, de façon inappropriée, à des ressources institutionnelles. La transformation a donc mis à profit les compétences de ressources de type familial et de résidences d'accueil.

Le réseau de ressources de type familial, qui accueille dans la région plus de 3 000 personnes, est confronté de plus en plus à l'évolution des pratiques professionnelles et à l'alourdissement des clientèles qui présentent des besoins complexes et multiples. Cette situation met en lumière la très grande nécessité de transformer et de diversifier les ressources actuelles en y intégrant le chaînon manquant, c'est-à-dire le développement des ressources de type intermédiaire. Elles maintiennent ou intègrent à la communauté un usager inscrit à ses services, lui procurent un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispensent des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition. Elles sont rattachées à un établissement public.

Le modèle de gestion des ressources de type familial identifie actuellement un certain nombre d'établissements utilisateurs, neuf établissements gestionnaires responsables de développer, de supporter et de superviser le réseau et deux établissements traiteurs qui assurent le soutien logistique au plan financier. Ce modèle sera amélioré et fera l'objet d'une révision.

La région compte de plus en plus de résidences privées (300) qui hébergent plus de 5 000 personnes. Il apparaît nécessaire de faire une jonction entre les réseaux privé et public. Il faut, d'une part, s'assurer que ces personnes ont accès aux services dispensés par le réseau public et, d'autre part, prévenir les risques d'abus envers les personnes âgées.

La Régie régionale entend donc élaborer et mettre en place un cadre de référence avec ses partenaires (municipalités, CLSC, associations de résidences privées, curateur public, etc.).

Les travaux régionaux, conduits par un comité de pilotage mandaté pour déterminer un modèle d'organisation clinico-administratif dans le domaine des ressources non institutionnelles, ont permis la mise en commun des compétences des différents partenaires. C'est sur les résultats de cette démarche que se fondent les assises des actions dans le projet de consolidation.

Les mesures préconisées

- Procéder à la réévaluation de toutes les ressources dans le but d'en préciser le statut (RI, RTF).
- Implanter le cadre de référence ministériel des ressources intermédiaires.
- Identifier et préciser la contribution des ressources intermédiaires dans chaque gamme de services.
- Harmoniser les outils d'évaluation, les standards et les normes de qualité concernant les ressources non institutionnelles.
- Adopter un nouveau modèle de gestion en incluant les rôles et les responsabilités des établissements gestionnaires, des établissements utilisateurs, d'un établissement traiteur et de la Régie régionale.
- Développer et implanter un cadre de référence concernant les résidences privées d'hébergement.
- S'assurer du développement de standard de qualité d'outils d'accréditation et de contrôle des résidences privées.
- Déterminer les balises et les conditions régissant l'hébergement dans les organismes communautaires.
- Implanter un système d'information concernant les ressources non institutionnelles.

L'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise

Tous les conseils d'administration des établissements, à la suite de la résolution du conseil d'administration de la Régie, ont adopté la politique régionale visant à favoriser l'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise. Cette politique a pour effet de rendre accessibles en langue anglaise tous les services de tous les établissements de la région.

De son côté, le programme d'accès aux services en langue anglaise confère le statut d'établissement indiqué au CLSC Les blés d'or. Compte tenu de son mandat régional en regard de la centrale téléphonique Info-santé, celui-ci assurera l'accès aux services en langue anglaise pour les onze CLSC. Cette responsabilité inclura éventuellement les services téléphoniques d'urgence sociale et de prévention suicide. De plus, considérant le nouveau caractère linguistique des commissions scolaires, les CLSC signataires d'une entente de services avec la Commission scolaire Centrale Québec seront éventuellement indiqués pour dispenser des services de santé et des services sociaux en langue anglaise aux élèves des écoles anglophones.

Compte tenu des ressources humaines, matérielles et financières des établissements de la région, du poids relatif de la population d'expression anglaise qui représente 1,25 % de la population de la région et de la très faible pression sur la demande de services, cette organisation régionale en deux volets (Politique et Programme d'accès) apparaît des plus adéquates pour atteindre, de façon juste et raisonnable, les objectifs d'une accessibilité réelle et fonctionnelle.

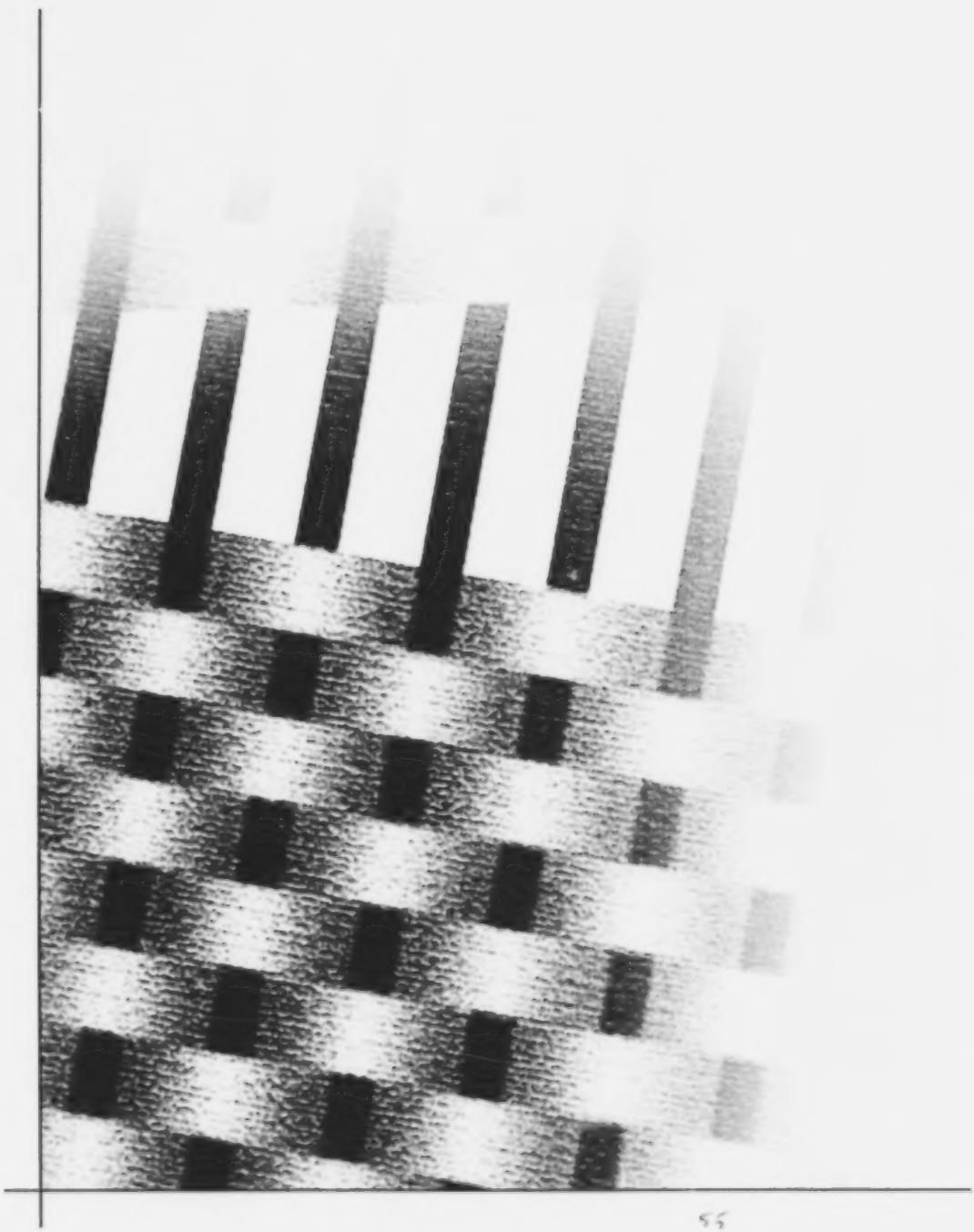
Cependant, la population d'expression anglaise, particulièrement la clientèle féminine vieillissante, doit se sentir à l'aise et en confiance dans ses interrelations avec le réseau. Ainsi, quatre mesures viseront à rassurer cette clientèle face à l'efficacité de l'organisation.

Les mesures préconisées

- Assurer auprès des établissements le suivi des dispositions prévues à la Politique régionale.
- Convenir des ententes de services nécessaires avec toute régie régionale afin d'assurer en langue anglaise l'accès aux services spécialisés non disponibles dans la région.
- Informer la population d'expression anglaise des modalités de la Politique régionale visant à lui assurer l'accès en langue anglaise à tous les services de tous les établissements de la région.
- Évaluer le degré de satisfaction de la clientèle d'expression anglaise suite aux services reçus.

Partie 4

LES RESSOURCES HUMAINES DU RÉSEAU



LES RESSOURCES HUMAINES DU RÉSEAU

Le contexte et les orientations

Il ne fait pas de doute que les femmes et les hommes qui travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux constituent le moteur de ce réseau. C'est par eux que la population a accès aux services. C'est par eux que les services sont organisés et coordonnés.

Avant de tourner les yeux vers les trois prochaines années, il faut rendre hommage à toutes ces personnes, qu'elles soient encore en fonction ou qu'elles aient quitté le réseau, pour ce qu'elles ont fait pour assurer le maintien de la qualité des services à la population, à travers les nombreux bouleversements qui ont affecté le réseau.

Il faut reconnaître que les membres des conseils d'administration, les équipes de direction et les cadres ont eu à prendre des décisions difficiles et à mettre en œuvre des réorganisations complexes, dans des contextes souvent défavorables. Pourtant, ces transformations n'ont pas entraîné de rupture significative de services dans la région. Bien au contraire, il est possible d'affirmer que bon nombre de services se sont améliorés. Qui plus est, plusieurs établissements ont profité de ces transformations pour revoir leur propre mode de gestion dans une perspective contemporaine axée sur la responsabilisation et l'implication du personnel.

Il faut reconnaître aussi le dévouement et la grande compétence du personnel salarié, tant clinique que non clinique, ainsi que des médecins. C'est par eux que la population a pu compter, jour après jour, sur des services de qualité, prodigués avec respect et empathie. Ce sont aussi ces personnes et leurs représentants qui se sont engagés, en bon nombre, à revoir les façons de faire et à participer aux changements rendus nécessaires.

Lorsqu'on parle des ressources humaines du réseau, on passe souvent sous silence l'apport de personnes discrètes, mais combien importantes. Ce sont les personnes qui bénévolement offrent support, attention et chaleur aux milliers d'usagers de ce réseau. Elles aussi ont été au cœur des transformations et ont aidé à traverser la tourmente.

En considérant les défis de qualité et d'accessibilité des services mis de l'avant dans le présent projet, et en tenant compte que de nombreuses transformations sont toujours en cours dans le réseau, il ne fait pas de doute que l'apport essentiel des ressources humaines va se maintenir, voire s'accroître au fil des années. C'est pourquoi les pages qui suivent mettent de l'avant des orientations, des stratégies et des mesures propres à soutenir l'engagement et le développement des administrateurs, des cadres, du personnel salarié, des médecins et des bénévoles actifs en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Adapter la gestion des organisations aux réalités présentes et à venir en misant sur l'engagement et le développement des personnes.

Bien sûr, chacun souhaiterait pouvoir reprendre son souffle et voir son environnement se stabiliser, car il est difficile de vivre dans un réseau constamment en mouvement. Pourtant, sans que le rythme soit comparable à ce qui a été vécu pendant les dernières années, il faut poursuivre les efforts pour implanter et améliorer le projet collectif que la région s'est donné en 1996, ainsi que pour adapter sans cesse les services aux besoins émergents et aux nouvelles réalités. De plus, le défi de changer les pratiques et de fonctionner en équipes interdisciplinaires lancé en 1996 demeure d'actualité. Bref, il faut éviter de tomber dans le piège de la quête de la stabilité à tout prix.

Pour toutes ces raisons, la principale orientation mise de l'avant dans ce chapitre du plan triennal se résume ainsi : adapter la gestion des organisations aux réalités présentes et à venir en misant sur l'engagement et le développement des personnes.

Cette orientation que la Régie régionale met de l'avant concorde tout à fait avec celles proposées par le ministre dans le document intitulé *Notre force, des personnes compétentes et dévouées*, publié en octobre 1998. La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec adhère à ces orientations ministérielles et entend en assurer le suivi en région, entre autres, par le biais du présent projet triennal.

Les stratégies associées au défi des ressources humaines

Trois stratégies sont retenues dans le but de relever le défi associé aux ressources humaines.

Associer les personnes au projet collectif

Chaque direction générale doit jouer un rôle de premier plan par rapport à l'élaboration et au déploiement du projet collectif de l'organisation et ce, en association avec le personnel d'encadrement, les employés, les médecins, les bénévoles, les associations représentatives du personnel et les conseils consultatifs, qu'ils soient ou non prévus à la loi.

Utiliser de façon optimale les ressources humaines

La seconde stratégie concerne l'utilisation optimale des compétences du personnel des organisations par la révision locale de l'organisation du travail, l'encouragement à la mobilité, la préparation de la relève et le replacement de tout le personnel en sécurité d'emploi. Dans cet esprit, la planification stratégique des ressources humaines devient un exercice qui prend tout son sens, tant pour orienter cette mobilité que pour assurer une utilisation optimale des compétences existantes ou encore, pour identifier les besoins de formation, de recyclage, d'adaptation et de recrutement.

Assurer le développement des personnes

Autre stratégie d'importance étroitement reliée à la précédente, le développement du personnel du réseau est nécessaire pour le soutenir et l'outiller par rapport aux nouvelles approches de gestion ou d'intervention, au travail interdisciplinaire, au virage promotion/prévention, aux actions intersectorielles, à l'implantation accélérée des nouvelles technologies, à la responsabilisation accrue des personnes et des équipes, à la redéfinition de la fonction d'encadrement et au repositionnement des cadres. De plus, cette stratégie cherche à faciliter le développement des habiletés des personnes afin qu'elles puissent gérer et vivre harmonieusement les autres changements inévitables qui s'imposeront dans les prochaines années au sein des organisations et du réseau. À certains égards, ce développement concerne aussi les membres des conseils d'administration, les médecins qui exercent au sein et hors des établissements et les personnes bénévoles.

Pour l'essentiel, le premier lieu de mise en œuvre concrète des orientations est l'établissement. C'est au sein de chaque organisation, au sein de chaque équipe de travail qu'elles peuvent et doivent prendre forme.

Quant à elles, les actions de portée régionale doivent permettre de créer des conditions favorables à la mise en œuvre locale des orientations, des stratégies et des mesures proposées dans ce projet.

Les mesures préconisées en lien avec les trois stratégies

- Chaque établissement voit à conduire des démarches et des activités nécessaires à la réalisation des orientations ressources humaines ministérielles et régionales. Pour chaque organisation, cela signifie qu'une attention particulière doit être apportée à :
  - Concrétiser ces orientations par diverses démarches de participation du personnel autour du projet collectif de l'organisation.
  - Rendre opérationnel, dès 1999, si ce n'est pas déjà fait, un plan de communication interne qui permet d'informer régulièrement le personnel sur les orientations de l'établissement, les décisions du conseil d'administration et de l'équipe de direction, les résultats attendus en matière de qualité et d'accessibilité des services, les réalisations de l'organisation et ses liens de collaboration et de référence avec d'autres établissements et organismes. Un tel plan doit garantir la circulation de l'information pertinente à la fois vers le haut et le bas de l'organisation.
  - Revoir l'organisation du travail avec le personnel et ses représentants en fonction du projet et de la réalité de l'organisation.
  - Planifier l'actualisation des projets de réorganisation ou de modernisation des services en impliquant les diverses instances de l'organisation, incluant les instances syndicales.
- L'atteinte du succès repose sur l'engagement de tous les acteurs de l'organisation :
  - Le directeur général est le premier pilote de cette orientation au sein de son organisa-

tion, avec l'appui tangible du conseil d'administration. C'est à lui de porter et de partager la préoccupation d'impliquer les divers acteurs de l'organisation dans la révision de la gestion et dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet collectif.

- ~ L'équipe de direction et l'ensemble des cadres doivent être parties prenantes de ce mouvement puisqu'ils ont à le concrétiser avec leurs équipes respectives, souvent en questionnant leurs propres pratiques de gestion. Un plan d'action cohérent est requis. Il reconnaît et redéfinit la contribution du personnel d'encadrement et le soutient par des moyens concrets dans les changements qu'il a à vivre et à gérer.
- ~ Le personnel, au sein des équipes de travail et des divers mécanismes mis en place par la direction, doit participer au développement et à la réalisation du projet collectif de l'établissement et s'engager dans son propre développement avec l'appui de l'organisation.
- ~ Les associations représentatives du personnel, qu'il soit cadre ou salarié, les conseils consultatifs prévus ou non à la loi, les instances représentatives des médecins, lorsqu'applicable, doivent être associés par la direction et participer à ce mouvement.
- ~ Il est souhaitable d'associer aussi les personnes qui s'impliquent bénévolement auprès des usagers de l'organisation.

- Avec l'appui du comité de travail Associations de cadres/Établissements/Régie régionale, diverses activités conduites par la Régie régionale et les établissements verront à soutenir la mobilisation, la mobilité, le développement et l'utilisation optimale des compétences du personnel d'encadrement du réseau. Plus spécifiquement :

  - ~ La Régie régionale conduit et soutient, en association avec les établissements et les associations de cadres, une démarche régionale de réflexion sur la redéfinition du rôle des cadres et sur leur repositionnement au sein des organisations, de même que sur l'évolution de la fonction de gestion des ressources humaines.
  - ~ La Régie régionale convient avec les établissements et les associations de cadres d'un plan régional de développement des compétences à l'intention du personnel d'encadrement, en fonction des besoins identifiés suite à la démarche précédente, en appui à la réalité de la région et aux démarches locales des établissements.
  - ~ Le réseau d'employeurs constitué des établissements et de la Régie régionale voit à assurer un support adéquat aux cadres en stabilité d'emploi par l'entremise d'un conseiller en transition de carrière et d'autres moyens, en tenant compte de la fermeture prochaine du Centre de référence des directeurs généraux et des cadres.

- En vue de créer des conditions favorables aux actions locales, la Régie régionale invite les établissements et les associations syndicales régionales à se joindre à elle pour conduire des forums régionaux de réflexion et d'échange sur les orientations ressources humaines, de sorte à dégager une lecture commune de la réalité et à se donner, éventuellement, des objectifs et des projets communs. Précisons que de tels forums n'ont pas pour but de créer une instance régionale de négociation des conditions de travail.
- Désormais, la Régie régionale entend impliquer les représentants régionaux des syndicats de la façon suivante dans les dossiers de portée régionale :

  - ~ La Régie régionale et les établissements rencontrent périodiquement ces représentants pour les informer et pour discuter de l'évolution des principaux dossiers régionaux en cours ou à venir, que ce soit dans le domaine de l'organisation des services ou de la modernisation de l'infrastructure administrative et de soutien.
  - ~ Lorsqu'une consultation est conduite auprès du réseau par la Régie régionale sur un projet de modernisation ou d'organisation des services d'envergure régionale, elle s'adresse automatiquement aux représentants régionaux des associations syndicales concernées.
  - ~ Au besoin, la Régie régionale peut convenir avec les établissements et les associations syndicales concernées de conduire des travaux de nature régionale propres à faciliter la gestion des effets sur le personnel de divers projets de portée régionale.
  - ~ La Régie régionale et les établissements informent et discutent avec les représentants régionaux concernés des planifications spécifiques d'effectifs qui seront faites, telles que prévues ci-après.

Les mesures spécifiques à la fois aux stratégies sur l'utilisation optimale des ressources humaines et le développement des personnes

Si elle est bien comprise et réalisée adéquatement, la planification stratégique des ressources humaines, tant quantitative que qualitative, peut servir véritablement de repère aux activités de développement des compétences à être conduites au sein des organisations. Cela peut être aussi un levier fort utile à une mobilité accrue du personnel vers de nouveaux défis, de nouvelles expériences ou opportunités. Ainsi, contrairement à ce qui s'est vécu au cours des dernières années, la planification stratégique de la main-d'œuvre envisagée ici se fait dans une perspective d'aide à la gestion et non plus de reddition de comptes ou de contrôle. Par ailleurs, la Régie régionale estime qu'il est préférable de faire un usage judicieux de ce levier plutôt que de tenter de conduire de grandes démarches systématiques pour tous les services et toutes les organisations. Ainsi, les problématiques spécifiques liées à la modernisation et à l'organisation de certains services de même qu'à la gestion de la relève, aux pénuries et aux surplus de main-d'œuvre sont les cibles à privilégier en matière de planification stratégique des effectifs.

- La Régie régionale s'assure, avec la collaboration des établissements et des représentants régionaux des syndicats, de l'utilisation maximale du personnel en sécurité d'emploi et de son replacement en totalité le plus tôt possible ou, au plus tard en 2002. Bien qu'il y ait eu des efforts remarquables consentis par toutes les parties au replacement de plus de 1 000 salariés au cours des dernières années, la région compte encore 160 personnes en sécurité d'emploi à la fin de novembre 1998. Agir avec célérité dans ce domaine permettrait, d'une part, aux personnes concernées de retrouver une situation de travail normale et, d'autre part, aux salariés à temps partiel occasionnel d'avoir accès plus facilement aux postes disponibles dans le réseau. Pour cela, il faut avoir une meilleure planification et coordination des mouvements de dotation de postes au sein des établissements et entre eux, prévoir des mesures d'adaptation et de recyclage du personnel en surplus, revoir les créneaux d'utilisation du personnel en cause et créer des opportunités d'emploi dans de nouveaux secteurs. À cet égard, tous les établissements et toutes les instances syndicales locales et régionales sont tenus de donner la priorité au replacement du personnel en sécurité d'emploi. La Régie régionale entend contribuer financièrement à des mesures concrètes permettant le replacement d'employés sécuritaires, particulièrement lorsqu'il s'agit de titres d'emploi en véritable surplus chronique. De même, la Régie régionale entend désormais appliquer des pénalités financières lorsqu'un poste est doté par une personne autre qu'un salarié sécuritaire alors qu'il aurait pu y avoir replacement d'un tel salarié sécuritaire, dans le respect des conventions collectives.
- Considérant la grande quantité d'occasions de remplacement pour le personnel occasionnel qui se retrouve présentement coincé du fait d'une multiplicité d'unités d'accréditation au sein de chaque établissement, la Régie régionale invite instamment chaque employeur et les instances syndicales à conduire des discussions locales de nature à favoriser la mobilité du personnel à temps partiel occasionnel, afin de réduire la précarité de leur situation et de faciliter l'organisation du travail. Parallèlement, la Régie régionale entend interpeller les parties négociantes nationales sur cette problématique.

Les mesures préconisées spécifiques au développement des personnes

- La Régie régionale adapte à la réalité de la région et met en œuvre les nouveaux programmes de formation développés par le Ministère et les régies régionales à l'intention des membres des conseils d'administration en vue, entre autres, de les sensibiliser à la nécessité d'une gestion renouvelée des organisations et aux défis qu'elle pose.
- La Régie régionale continue de soutenir la démarche de développement des compétences des directeurs généraux entamée depuis 1994 par des activités de développement adaptées à la réalité et à la dynamique régionale et tenant compte des orientations nationales à ce sujet.
- Selon le rythme et le contexte particulier qui lui est propre, chaque établissement réalise une démarche de développement des compétences des ressources humaines, incluant les médecins et les personnes bénévoles, et en soumet les résultats à son conseil d'administration, sous la forme d'un plan de développement. Il s'agit ici d'une démarche qui invite chaque gestionnaire et les membres de son équipe de travail à :

- ~ S'approprier les orientations nationales et régionales touchant les services à la population et les ressources humaines.
- ~ S'approprier les répercussions de ces orientations et de celles dégagées par le conseil d'administration, sur l'équipe et l'organisation.
- ~ Identifier les besoins et les stratégies de développement des compétences destinées à soutenir la mise en œuvre de ces orientations.

- Les établissements et la Régie régionale conviennent de mettre en commun, sous une forme qu'ils auront identifiée, la planification de ces démarches locales et les résultats qui en découlent, de sorte à convenir des outils et des activités qui, par souci de cohérence et d'efficacité, pourraient être développés conjointement à l'intention des ressources humaines du réseau.
- La Régie régionale souhaite s'associer aux représentants des médecins et aux établissements afin d'identifier et de mettre en œuvre des programmes de développement à l'intention des médecins, de manière à faciliter, entre autres, de nouvelles approches d'intervention et l'approche interdisciplinaire en cohérence avec les orientations et stratégies du projet de consolidation.

Les indicateurs de mesure

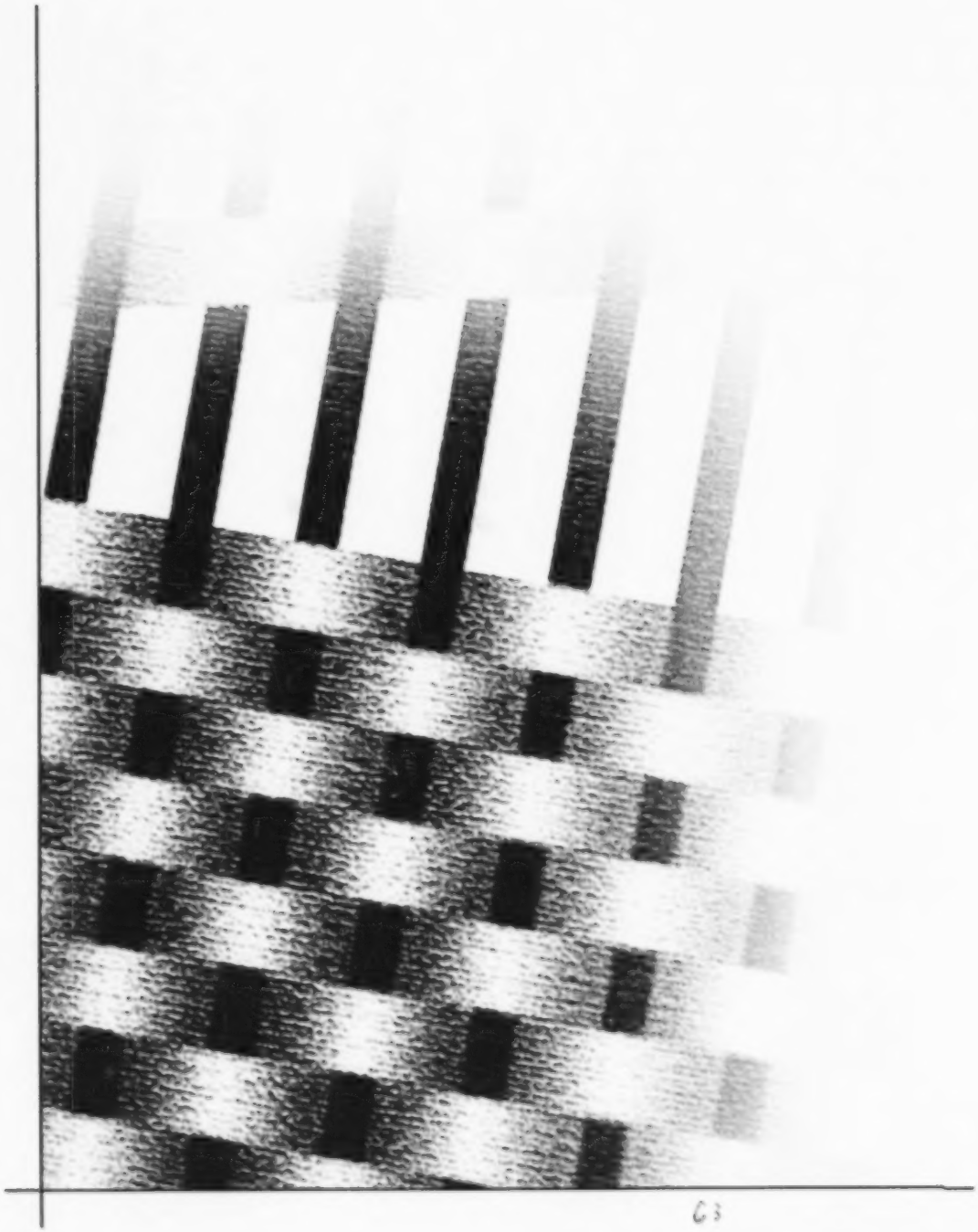
En collaboration avec la Régie régionale, les établissements sont invités à entreprendre un exercice de définition des indicateurs, de natures quantitative et qualitative, en gestion des ressources humaines et de suivi des mesures préconisées, de telle sorte qu'ils servent véritablement d'outils et de levier pour la gestion des ressources humaines et permettent les ajustements requis.

À titre d'exemple, les indicateurs suivants pourraient être retenus :

- Le nombre de salariés en sécurité d'emploi.
- Les taux d'absentéisme par absence-maladie.

Partie 5

LES RESSOURCES MATÉRIELLES



LES RESSOURCES MATÉRIELLES

Le parc immobilier

Les modifications structurelles inhérentes à l'actualisation du plan de transformation des services de la région exigent que des travaux immobiliers d'une ampleur sans précédent soient réalisés dans les meilleurs délais. Pour plusieurs territoires, seule l'adaptation imminente de l'ensemble des structures aux besoins émergents permettra de dispenser toute une gamme de services de façon efficace et performante. Ces interventions s'ajoutent à l'actualisation des travaux découlant des problématiques ou orientations suivantes :

- le développement des services;
- le plan de consolidation;
- l'inadéquation des aménagements;
- le plan de modernisation;
- les nouvelles orientations régionales;
- la détérioration et la désuétude des immeubles et équipements;
- la sécurité, les lois et règlements.

Dans un tel contexte, la Régie régionale se doit de procéder à une analyse rigoureuse de ses besoins en immobilisations. Il est essentiel de développer des mécanismes de communication et de fonctionnement permettant la prise de décisions cohérentes et rapides à toutes les étapes du cheminement d'un projet en immobilisations et équipements. Une telle procédure devra s'appuyer sur une vision globale de la problématique immobilière et favoriser la concertation, l'implication et l'imputabilité des territoires dans une approche réseau, axée sur les impératifs locaux, régionaux et nationaux, afin d'assurer l'utilisation optimale des immeubles et équipements.

Sur le plan du financement des projets, il est requis de convenir d'une stratégie impliquant tous les niveaux et toutes les sources : financement provincial, fonds accélérés d'investissements et autres fonds spéciaux, financement régional (maintien des actifs, transfert de budgets d'opération), contribution des établissements, capitalisation des budgets de location d'espaces, dons de fondations, autofinancement et autres.

Les mesures préconisées

La Régie régionale doit :

- Mettre en place le cadre régional de gestion des immobilisations régional visant une plus grande responsabilité des établissements par territoire.
- Assister les établissements dans l'élaboration du plan directeur immobilier territorial.
- Élaborer un plan directeur immobilier régional.
- Mettre en place les mécanismes de priorisation et de validation.
- Élaborer des pistes de financement (plan d'affaire).

La gestion des équipements

La gestion des équipements du réseau a subi des impacts majeurs au cours de ces dernières années. Dans un premier temps, la transformation du réseau de la santé et des services sociaux de la région a amené des changements importants tant sur le plan des structures que de l'organisation des services de santé et des services sociaux. La création de nouvelles entités et les changements de mission ont conduit les établissements à procéder au transfert de divers équipements ordinaires et médicaux. Par ailleurs, les établissements visés par ces changements structurels font l'objet de programmes fonctionnels et techniques incluant une part importante de capitaux dédiés au mobilier ainsi qu'aux équipements généraux et médicaux.

En haute technologie, le plan de transformation a permis d'instaurer une meilleure distribution des soins de santé. La conséquence de l'application de ce plan est donc une mise à niveau technologique de nature à augmenter la qualité et l'accessibilité des services offerts à la population de la région. De plus, les équipements de haute technologie de nouvelle génération permettent généralement une augmentation de la performance des organisations, ce qui répond à l'un des objectifs visés par la transformation. D'ailleurs, cet objectif est également poursuivi par la démarche de modernisation qui cible certains secteurs d'activités de support et de soutien.

Dans un deuxième temps, le passage de l'an 2000 entraînera le remplacement d'une quantité considérable d'équipements de toute nature. Il est à prévoir que le Ministère devra injecter des capitaux afin de permettre aux établissements de poursuivre leurs opérations au lendemain de l'an 2000. De cette intense activité entourant la gestion des équipements résultera une mise à jour importante des actifs mobiliers.

La mesure préconisée

- Supporter les secteurs suivants dans leur démarche de mise à niveau technologique et de modernisation :
  - l'informatisation des laboratoires de biologie médicale;
  - la numérisation du secteur de la radiologie;
  - le développement de la télémédecine;
  - la mécanisation et l'informatisation de la distribution des médicaments.

La modernisation du réseau

La modernisation de l'infrastructure administrative et de soutien des établissements concerne principalement les secteurs suivants :

- Services techniques :
  - buanderie-lingerie;
  - services alimentaires;
  - entretien sanitaire;
  - fonctionnement et entretien des installations matérielles;
  - sécurité et communication;
  - génie biomédical.
- Services administratifs :
  - gestion des ressources financières;
  - gestion des ressources humaines;
  - approvisionnement;
  - archives et accueil.
- Technologies de l'information.
- Services diagnostiques :
  - laboratoires;
  - pharmacie;
  - imagerie médicale.

Le but de la modernisation est de faire en sorte que les services administratifs et de soutien soient les plus performants et les plus économiques possible. De la sorte, on vise à ce que les ressources confiées au réseau soient le plus possible consacrées aux services directs à la population, eux-mêmes supportés par une infrastructure administrative et de soutien de qualité.

Il faut donc comprendre que la modernisation de l'infrastructure administrative et de soutien est un levier important permettant :

- L'accroissement de l'accessibilité et de la qualité des services directs à la population grâce aux ressources réinvesties suite à la modernisation.
- L'amélioration continue de la qualité des services cliniques et non cliniques offerts à la population tels l'accueil ou les services alimentaires.
- Le retour à l'équilibre budgétaire des établissements et du réseau.

Voilà plusieurs années que bon nombre d'établissements du réseau tentent de réduire les coûts associés aux services administratifs et de soutien. Il y a trois ans, le plan de transformation escomptait pour 1998-1999 des économies de 21,6 M $ sur les 185 M $ investis en 1995-1996 dans les services techniques, administratifs ainsi que dans les laboratoires. Une part importante des économies escomptées découlait d'une diminution du volume des activités occasionnée par des fusions ou des réductions de lits.

Par ailleurs, depuis juin 1997, d'importants travaux ont été conduits au niveau régional afin de dégager, pour chacun des secteurs susmentionnés, les orientations, les balises et les pistes de solution les mieux susceptibles de permettre d'atteindre, comme réseau, une performance optimale de ces services. Ces travaux répondaient alors à une demande ministérielle à l'effet que chaque région produise un plan de modernisation. Ainsi, en mai 1998, des orientations générales ont été émises dans les secteurs de la sécurité et des communications, des technologies de l'information, de l'en-

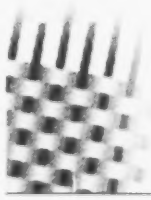
tretien sanitaire, des services de pharmacie et de l'imagerie médicale. Des recommandations plus précises, y compris en matière de mise en commun, ont été adoptées en juin 1998 par la Régie régionale dans le secteur de la lingerie et de la buanderie.

Toutefois, beaucoup reste à faire. Non seulement faut-il mettre en œuvre dans les meilleurs délais les orientations et les décisions déjà adoptées, mais il y a d'autres secteurs pour lesquels des décisions s'imposent. De plus, il faut maintenir les gains obtenus par les travaux considérables des dix-huit derniers mois et apporter les ajustements requis pour une plus grande efficacité des processus.

Par conséquent, la modernisation ne peut plus être envisagée comme une opération ponctuelle. Elle doit être désormais considérée comme une démarche continue pour les trois prochaines années, car il s'agit sans contredit d'une clef de voûte à l'amélioration des services et au recouvrement rapide de l'équilibre budgétaire dans plusieurs établissements et dans le réseau dans son ensemble.

Par ailleurs, il convient de souligner que plusieurs défis gravitent autour de la démarche de modernisation et du choix des projets à privilégier. Ce sont les suivants :

- La tendance naturelle de la plupart des établissements du réseau est d'analyser les perspectives de modernisation sous un seul angle, celui de l'établissement. Or, plusieurs hypothèses de modernisation peuvent être de faible intérêt du point de vue d'un établissement, mais de grand intérêt du point de vue d'un ensemble d'établissements. Puisque les établissements sont dépositaires et non propriétaires d'une partie de l'enveloppe budgétaire confiée à la région, il est clair qu'à l'exception des projets qui ne peuvent avoir qu'une portée locale, la modernisation des divers secteurs de l'infrastructure administrative et de soutien doit être analysée, décidée et réalisée dans les intérêts du réseau qui, en tout temps, ont préséance sur la perspective de chaque établissement considéré individuellement. C'est là une approche déjà adoptée le 18 juin 1997 par le conseil d'administration de la Régie régionale et qu'il convient de rappeler. Bien sûr, comme la décision du 18 juin en faisait déjà mention, cette préséance doit être accompagnée d'un partage équitable entre les établissements impliqués des avantages et contraintes reliés à chaque projet.
- La nécessité de consentir des investissements importants pour réaliser cette modernisation ne fait pas de doute puisque, plus souvent qu'autrement, celle-ci repose sur une automatisation accrue des opérations à l'aide d'équipements et d'immobilisations modernes et complexes. Cette réalité semble être reconnue par le Ministère qui envisagerait lui-même d'investir au Québec 66 M $ de 1998-1999 à 2000-2001.
- La capacité d'emprunt et d'investissement du réseau dans les divers projets de modernisation doit être utilisée de façon éclairée, considérant d'une part que cette capacité est limitée et que, d'autre part, elle se trouve "en compétition" avec d'autres utilisations possibles telles que l'amélioration des services directs à la population et la gestion des problèmes de déficit et de liquidité de certains établissements.
- La modernisation de nombreux secteurs, tels l'imagerie médicale, est fréquemment dépendante du déploiement préalable des systèmes de télécommunication dans tout le réseau et du recours à des systèmes d'information intégrés, compatibles et souvent standardisés pour tous.
- La priorisation des secteurs et projets à explorer et à actualiser doit tenir compte du temps important que requiert la plupart des projets de modernisation et du fait que, somme toute, le champ de la modernisation de l'infrastructure administrative et de soutien est très vaste. S'inspirant de la loi de Pareto, il faut donc donner la priorité aux projets porteurs des résultats les plus significatifs et voir à mener ces projets de façon ciblée et bien encadrée pour en rapprocher le plus possible les échéances de réalisation.
- Les mouvements de personnel et l'utilisation optimale des ressources humaines du réseau sont un autre défi associé à la modernisation. Tout en admettant qu'il y ait des impacts importants auprès du personnel, y compris parfois des pertes d'emploi puisqu'il y a un objectif économique à la modernisation, il y a lieu de tenter de minimiser ces effets négatifs, de voir au replacement rapide du personnel en surplus et finalement, d'associer le personnel concerné et leurs représentants aux projets de modernisation qui doivent être conduits dans chaque établissement.
- Enfin, il y a un lien étroit entre la modernisation de certains secteurs de soutien et l'organisation des services cliniques, particulièrement dans le domaine des services de santé physi-



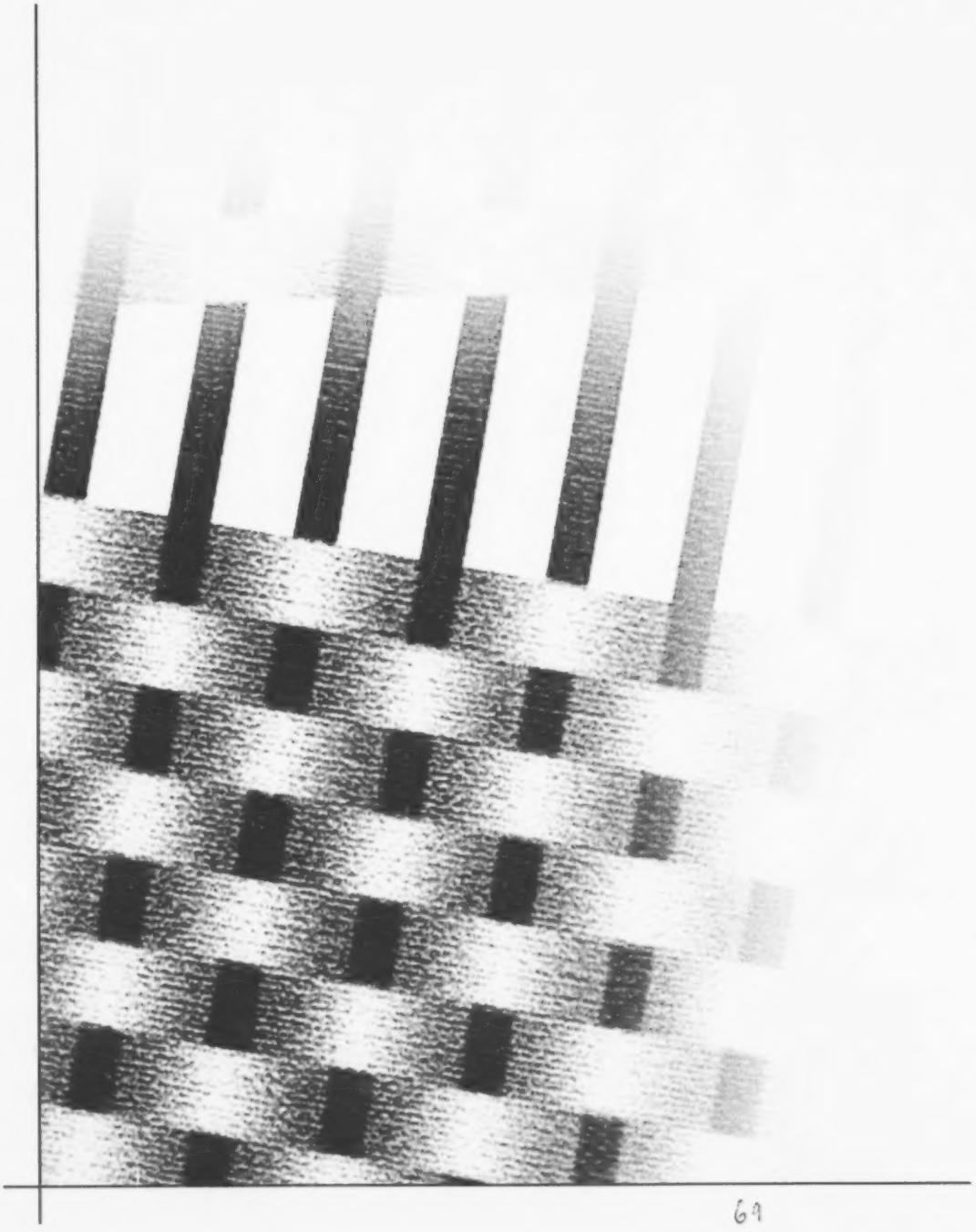
que. Les choix reliés à la modernisation doivent donc tenir compte du plan d'organisation clinique dont la région doit se doter.

Les mesures préconisées

- Passer d'une démarche de confection d'un plan de modernisation à une démarche régionale continue de modernisation de l'infrastructure administrative et de soutien.
- Prioriser cette démarche et y consentir un effort stable et significatif pendant trois ans, tant régionalement que dans chaque établissement, de sorte à explorer et à mettre en œuvre le plus grand nombre de mesures significatives permettant au réseau de véritablement moderniser tous les secteurs de son infrastructure.
- Appliquer le critère de décision à l'effet de rendre obligatoire la mise en commun des services administratifs et de soutien à chaque fois que cela est jugé la solution la plus efficiente et la plus efficace d'un point de vue de réseau, une telle mise en commun pouvant au besoin desservir les établissements de plusieurs territoires de CLSC.
- Mettre dorénavant l'accent sur la conduite au niveau régional d'un plus petit nombre de dossiers majeurs de modernisation, mieux encadrés et de courte durée, plutôt que de tenter de conduire des travaux dans un grand nombre de secteurs simultanément.
- À moins d'entente contraire avec les établissements pour un dossier en particulier, identifier clairement la Régie régionale comme responsable de piloter les travaux de modernisation de portée régionale, avec la participation active des établissements.
- Recourir plus fréquemment à l'engagement de ressources externes, qu'elles proviennent ou non du réseau, pour intensifier et accélérer la réalisation des travaux requis ou pour apporter un éclairage extérieur et neutre dans certains dossiers de niveau régional.
- Privilégier l'autofinancement par les économies escomptées comme stratégie de financement des projets de modernisation locaux ou régionaux.
- Consacrer une partie du fonds permanent de soutien à l'innovation de 7 M $ à supporter des investissements importants, générateurs d'économies significatives et obtenir une partie des investissements ministériels correspondant minimalement au poids relatif de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Afin de consolider la concertation régionale initiée par la démarche de modernisation depuis juin 1997, mettre sur pied un regroupement régional dans chacun des deux secteurs suivants : les ressources financières et les services techniques (services de soutien, équipements et immobilisations). Ces regroupements réuniraient tous les directeurs de la région en charge du secteur concerné, toutes catégories d'établissements confondus, de même que l'équipe concernée de la Régie régionale. S'inspirant de l'expérience fructueuse vécue depuis deux ans dans le secteur des ressources humaines, de tels regroupements consultatifs aux établissements et à la Régie régionale permettent aux personnes qui y participent de :
  - ~ Partager l'information et les expériences pertinentes les concernant.
  - ~ Identifier des problèmes communs et dégager des pistes de solution.
  - ~ Dégager des orientations et des actions concertées.
  - ~ Formuler, sur demande ou à leur propre initiative, des recommandations appropriées aux directions générales de la Régie régionale et des établissements.
  - ~ Identifier les besoins de développement des personnes qui composent ces regroupements afin de les aider à mieux jouer leur rôle de gestionnaire stratégique du secteur dont ils ont la responsabilité.

Partie 6

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES



LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Les ressources informationnelles sont maintenant vues comme une clé de succès pouvant contribuer au soutien de la transformation que vit le réseau depuis plusieurs années.

Les partenaires sont interpellés à construire de nouvelles alliances basées sur des changements dans la façon de concevoir et de dispenser les services. La consolidation introduit des règles de performance plus exigeantes en termes de continuité et de qualité des services. Il ne sera possible de les atteindre que si l'information sur les clients est accessible et évite l'obligation fastidieuse et coûteuse de la répéter à chaque nouvelle intervention.

Il faut évidemment s'assurer que l'accès aux informations d'un usager soit encadré par des mesures de sécurité qui en protègent la confidentialité. Ce point est régulièrement mentionné comme un incontournable et rien ne doit être négligé pour assurer la confidentialité des données cliniques.

Les technologies de l'information doivent également supporter les efforts d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience en diminuant le temps nécessaire au diagnostic et au traitement en même temps qu'en améliorant les échanges opérationnels entre les établissements. Les premiers exemples de ces liens cliniques entre établissements sont la télémédecine, l'examen des films radiologiques à distance et certaines analyses de laboratoires qui doivent être regroupés et centralisés compte tenu du niveau de spécialisation et du plateau technique requis.

Sur le plan national, le contexte de développement des ressources informationnelles est en changement rapide. Le Ministère dispose d'une planification stratégique pour 1998-2001 qui oriente d'importants projets structurants pour la province. La région Mauricie et Centre-du-Québec se doit d'emboîter le pas en s'inscrivant dans ce courant des projets nationaux. Il est question ici du déploiement du réseau de télécommunication sociosanitaire qui va relier tous les sites du réseau de la santé à l'aide d'une bande de télécommunication robuste, rapide et sécuritaire, de même que de plusieurs systèmes d'information qui supportent les services dans les établissements, au niveau de la gestion des ressources non institutionnelles, du programme de dépistage du cancer du sein et autres.

En terminant, il faut mentionner la priorité que représente le passage à l'an 2000 sur tous les systèmes en santé et bien-être qui peuvent être affectés par ce problème.

Les mesures préconisées

- S'assurer de la conformité des équipements avec composantes informatiques et de leur capacité fonctionnelle en l'an 2000.

  Ce projet vise à adapter les systèmes informatiques et équipements techniques pour s'assurer que les microprocesseurs qu'ils utilisent soient fonctionnels en l'an 2000. L'essentiel du problème réside dans le fait que les composantes de systèmes d'information et d'équipements ne traitent la date en utilisant que deux caractères pour représenter l'année. Ceci peut entraîner un mauvais fonctionnement ou un arrêt de fonctionnement en l'an 2000. Les objectifs poursuivis sont donc en lien avec le maintien des services, la qualité, la continuité et la sécurité des opérations.

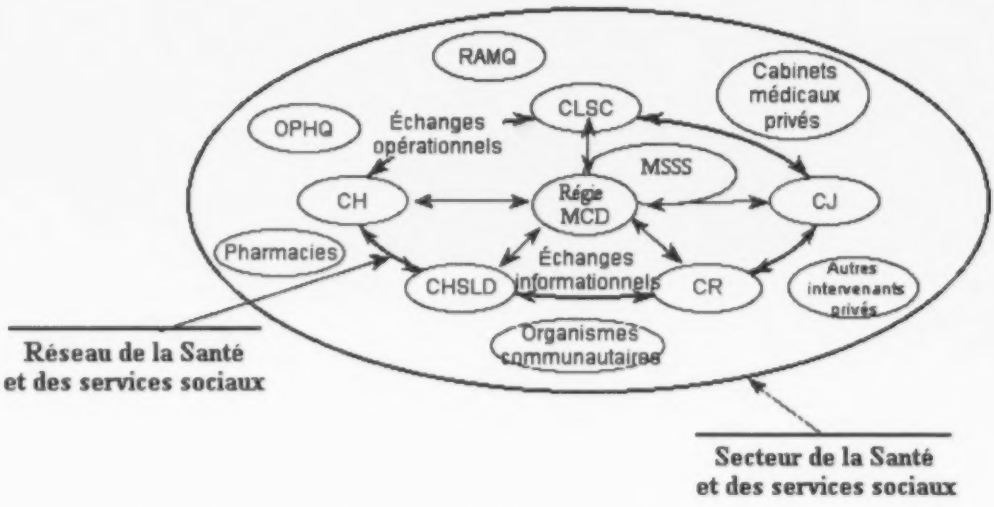
  Une première estimation situe à environ 9 M $ les frais de remplacement ou d'adaptation des équipements dans la région. Les coûts les plus importants se situent sur le plan des équipements biomédicaux. La Régie régionale devra identifier les sources de financement de cette opération et le Ministère devra y contribuer par des ajouts budgétaires. Les établissements devront également prioriser le remplacement des systèmes ou équipements non conformes dans leur choix interne.

- Mettre en place un centre régional de services partagés en technologies de l'information.

  Le centre de services partagés en technologies de l'information est une formule de mise en commun d'expertises et de ressources technologiques dans la région Mauricie et Centre-du-Québec. Sa clientèle est composée des établissements et de la Régie régionale. Sa mission consiste à organiser et rendre des services informatiques communs tels que :

  ~ l'acquisition, la mise en place et l'exploitation de technologies de l'information;
  ~ l'exploitation informationnelle de données;

Illustration de la portée du plan directeur régional



~ le déploiement d'applications provinciales et régionales communes.

Ces services sont offerts sur la base des mandats reçus de la Régie régionale, aux établissements du réseau et aux organisations du secteur sociosanitaire régional, dans une perspective de partage des ressources informationnelles.

Il est prévu que les modalités de financement s'effectuent sur la base d'utilisateur-payeur. Chaque utilisateur est appelé à cotiser d'un montant en contrepartie des services qu'il reçoit.

- Élaborer un plan directeur régional en technologies de l'information.

Le plan directeur a pour but de se donner une vision d'ensemble des projets à réaliser dans la région. Il permettra de rationaliser et de promouvoir les formules de partage dans les investissements technologiques. Il doit tenir compte des démarches provinciales et respecter les particularités de la région.

L'illustration qui précède montre la portée du plan directeur. Ce plan cible principalement le réseau de la santé et des services sociaux et les échanges opérationnels et informationnels entre les établissements et la Régie régionale. Il considère également les organismes et intervenants du secteur de la santé et des services sociaux et les maillages à prévoir avec eux.

Cette démarche soulève des débats et des questions fondamentales. À titre d'exemple, le financement des déploiements de systèmes informationnels doit y être abordé, de même que les liens technologiques avec les cabinets privés de médecins et les pharmacies.

- Déployer le réseau de télécommunication sociosanitaire

Le déploiement d'un réseau de télécommunication du secteur de la santé et des services sociaux (RTSSS) constitue l'un des éléments fondamentaux de la mise sur pied d'un véritable réseau intégré de services et permet les échanges opérationnels et informationnels. Parmi les avantages que pourront en retirer les établissements et les usagers, mentionnons :

~ le support aux échanges de données opérationnelles, informationnelles, administratives et cliniques;

~ la réduction du temps d'accès aux informations;

~ la circulation sécuritaire des informations;

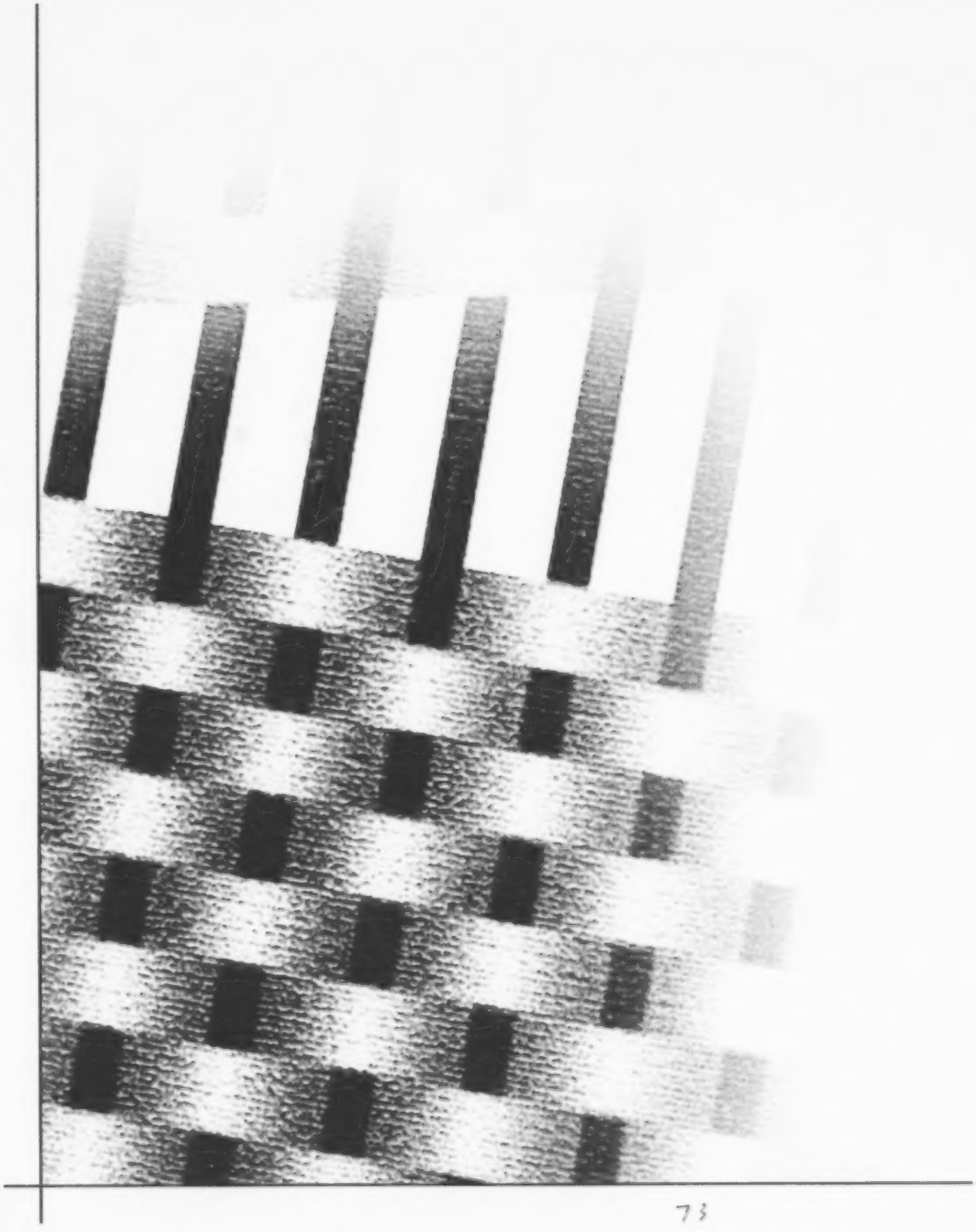
~ la disponibilité d'une gamme de services plus étendue;

~ l'accroissement de l'accessibilité aux services.

Le RTSSS constitue un élément facilitant pour le déploiement des systèmes d'information clientèles : SICHELD, Intégration CLSC, PIJ, SIRTF, dépistage du cancer du sein, SIIATH, etc.

Partie 7

LES RESSOURCES FINANCIÈRES



LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Pour bien saisir l'environnement budgétaire et financier dans lequel évoluera la région, il apparaît essentiel de comprendre les orientations gouvernementales et ministérielles des cinq dernières années.

Les difficultés économiques, les baisses de revenus et la pression des prêteurs internationaux ont amené le gouvernement fédéral ainsi que les provinces canadiennes à prendre conscience de l'importance du fardeau de la dette et de la crise des finances publiques. Il y a eu par la suite un désengagement graduel du fédéral dans le financement des programmes établis (FPE), notamment la santé et l'éducation.

Pour affronter cette situation, le gouvernement du Québec a demandé au ministère de la Santé et des Services sociaux de faire sa part pour l'assainissement des finances publiques. Ainsi, en 1993, le Ministère, dans le cadre d'un plan d'orientation stratégique 1994-1997 intitulé *Défi Qualité-Performance*, prévoyait des efforts de l'ordre de un milliard de dollars pour les trois années dudit plan (les secteurs administratifs et de support ont été ciblés). Arrivé au pouvoir en 1994, le gouvernement actuel a, pour l'essentiel, maintenu la même trajectoire. Pour atteindre les objectifs du gouvernement visant la réduction des déficits, les ministères se sont vus attribuer des enveloppes budgétaires fermées.

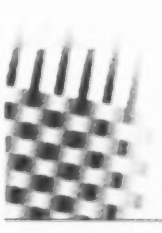
Par ailleurs, suite au consensus obtenu lors du *Sommet sur l'économie et l'emploi* à l'effet de la nécessité d'atteindre le déficit zéro en l'an 2000, des efforts additionnels ont été exigés des ministères.

Comme les crédits consacrés à la mission Santé et Services sociaux représentent un poids important dans le budget québécois (31 % en 1996-1997), le réseau de la santé ainsi que les autres composantes du système ne peuvent se soustraire à leurs obligations en regard de l'atteinte des objectifs gouvernementaux.

Pour le réseau régional des établissements, l'effort budgétaire total exigé au cours des quatre dernières années (1995-1996/1998-1999) s'est élevé à 76 M $. Toutefois, dans le cadre des engagements du Ministère en regard de l'équité interrégionale, la région sociosanitaire a bénéficié, au cours de cette même période, d'une réallocation budgétaire de 18,7 M $. La contribution nette à l'assainissement des finances publiques au cours des quatre dernières années a donc été de 57,3 M $. Cette contribution est constituée de la façon suivante :

Non-financement du coût de système (estimation) :	37,3 M $
Réduction réelle de l'enveloppe :	29,1 M $
Réduction en lien avec les coûts de la main-d'œuvre :	9,6 M $
Sous-total :	76,0 M $
Moins la réallocation interrégionale :	18,7 M $
Contribution nette 1995-1999 :	**57,3 M $**

Faut-il rappeler qu'en plus de cet effort, le plan de transformation adopté en 1996 a également prévu des réallocations intrarégionales de l'ordre de 65,25 M $ pour financer les priorités régionales et constituer une péréquation pour compenser en partie les coûts de système. Compte tenu du montant de 1,3 M $ dégagé en 1995-1996 (avant l'adoption du plan de transformation) afin de financer les priorités régionales identifiées à ce moment-là, les sommes totales dégagées au cours des quatre dernières années étaient donc de 66,55 M $. Toutefois, des priorités régionales totalisant 4 M $ ont été reportées en 1999-2001. Le détail de cette opération se lit comme suit :



Priorités régionales :	41,30 M $
Rehaussement du financement des lits d'hébergement :	9,00 M $
Compensation de coûts de système :	16,25 M $
Total :	66,55 M $
Moins les Priorités régionales reportées en 1999-2001	4,00 M $
Résultats nets de la transformation :	**62,55 M $**

Comme l'enveloppe de la région est pourvue en sa totalité par le Ministère et qu'il n'y a aucune autre source de revenus hormis les contributions des usagers, la marge de manœuvre régionale est largement tributaire de la capacité de payer de l'État, de l'arbitrage exercé par le gouvernement entre ses différentes missions (social, éducation, culture, économie, etc.) et de la capacité propre de la région à dégager une telle marge de manœuvre à partir des ressources dont elle dispose déjà. Il faut donc toujours avoir à l'esprit que le budget régional est fermé et doit être en mesure de fournir lui-même la réponse aux besoins d'ajustements et de développement du réseau. De même, il importe de saisir que, même si la Régie régionale se doit de prendre en considération les facteurs socio-économiques qui ont une grande influence sur l'état de santé et de bien-être des personnes (ex. : la pauvreté), elle ne peut se substituer aux autres intervenants gouvernementaux, régionaux ou locaux dans leurs responsabilités à cet égard.

Enfin, compte tenu de l'ampleur du plan de transformation et de l'effort que la région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec a consenti pour l'assainissement des finances publiques, il faut être bien conscient que les marges de manœuvre futures seront relativement modestes.

Les perspectives

Selon la lecture qu'elle fait du contexte politique et économique actuel, la Régie régionale n'anticipe aucune injection significative de nouvelles ressources en provenance du Ministère tant que le déficit zéro n'aura pas été atteint. Par ailleurs, il faut se rappeler que le gouvernement va bientôt entamer le processus de négociation du renouvellement des conventions collectives de ses salariés. Si la masse salariale représente à elle seule environ 80% de l'ensemble des coûts du fonctionnement du réseau, il est évident que toute hausse salariale aura un impact important sur l'état des finances de la région. Selon l'estimation de la Régie régionale, une hausse salariale de 1% représente 4,2 M $ par année. De plus, les coûts de système (progression salariale, indexation et hausse du coût des fournitures, etc.) représentent en moyenne des coûts annuels de l'ordre de 150 M $ au Québec, dont 9,5 M $ en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Toutefois, compte tenu que le gouvernement fédéral anticipe des surplus à partir de l'exercice financier 1998-1999, la Régie régionale s'attend à ce que ce dernier injecte une partie des surplus dans le système de santé. Par ailleurs, le gouvernement du Québec s'est déjà engagé à affecter de façon prioritaire au réseau de la santé toute marge de manœuvre éventuelle. En effet, le gouvernement reconnaît que le réseau de la santé a déjà fait sa part pour l'assainissement des finances publiques.

Pour toutes ces considérations, la Régie régionale avance les hypothèses suivantes :

- La Régie régionale maintient le principe qu'elle agit dans le cadre d'une enveloppe budgétaire fermée. À cet égard, le financement des priorités régionales et le financement des besoins nouveaux ou en émergence devront s'opérer essentiellement à l'intérieur de l'enveloppe actuelle. Des marges de manœuvre seront principalement recherchées du côté de la modernisation des services administratifs et de soutien, de la recherche continue des gains d'efficience dans les services cliniques et de l'examen, au sein de chaque programme clientèle, des possibilités de réaffectation de ressources permettant d'ajuster les services ou de répondre à des besoins nouveaux.
- La Régie régionale s'attend à ce que le Ministère assume au cours des trois prochaines années (1999-2002) l'ensemble des coûts de système.
- La Régie régionale s'attend à ce que le Ministère finance, le cas échéant, toute hausse de

coûts découlant de la signature de nouvelles conventions collectives.

- Enfin, compte tenu de l'amélioration prévisible de la situation financière du Québec et de la haute priorité accordée par le gouvernement au système de santé, la Régie régionale anticipe une hausse modeste de l'enveloppe régionale. Un ajout budgétaire de l'ordre de 8 M $ sur un horizon de trois années apparaît réaliste. À titre comparatif, une telle somme serait six fois inférieure à ce que la Régie régionale a redistribué sur une base récurrente au cours des trois dernières années (49 M $).

Par ailleurs, le niveau du déficit actuel des établissements et les projections que l'on fait des résultats de l'exercice financier 1998-1999 sont inquiétants. Des efforts considérables doivent être déployés par plusieurs établissements en vue de retrouver le chemin de l'équilibre budgétaire. Malgré le soutien financier apporté par la Régie régionale, notamment au niveau de la modernisation des infrastructures administratives et de support, l'assainissement de la situation financière de certains établissements exigera des plans de redressement sur des horizons de trois à cinq ans.

Il faut conclure de ce qui précède que, compte tenu de la rareté des ressources, la Régie régionale aura, au cours des trois prochaines années, à mettre en place une grille d'analyse permettant d'identifier les objets devant être soutenus dans le cadre du plan de consolidation et, d'autre part, à mesurer de façon systématique les résultats atteints grâce aux investissements effectués dans le cadre des priorités régionales.

Les stratégies de financement retenues au plan de transformation de mai 1996

Pour bien comprendre la portée des propositions contenues dans le projet de consolidation, il semble essentiel de faire un bref rappel des principales stratégies retenues dans le plan de transformation adopté en mai 1996. En effet, la Régie régionale a résolument mis le cap sur l'atteinte de l'équité intrarégionale. Pour ce faire, elle a eu recours principalement à trois approches de financement et ce, aussi bien pour les programmes existants que pour l'enveloppe de développement. Ces approches étaient les suivantes :

Financement normalisé calculé sur l'évaluation des coûts de production des services prévus dans le plan de transformation

Cette méthode, basée sur l'établissement de coûts standards qui anticipaient des gains d'efficience, a été appliquée au financement des lits de courte durée en santé physique, des lits d'hébergement et de soins de longue durée, des lits des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), des services ambulatoires en santé physique, des services en gériatrie ambulatoire ainsi que des lits d'hébergement temporaire.

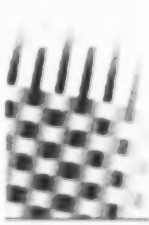
Financement des programmes sur la base de la population à desservir

Cette méthode a été employée notamment pour la détermination du niveau de financement requis pour les services ambulatoires en santé physique et pour quelques enveloppes destinées aux CLSC dont celle de maintien à domicile. Pour certains services, l'estimation de la population à desservir a été pondérée par des indices de besoins reflétant les écarts existant entre les populations des différents territoires.

Financement d'une équipe de base pour chaque territoire, avec ajustement d'une partie du financement à la taille et aux besoins de la population à desservir

Par ailleurs, il faut mentionner que certaines enveloppes budgétaires, notamment celle des services de première ligne en CLSC, n'ont pas fait l'objet d'analyse à des fins d'équité interterritoriale.

Les partenaires ont reconnu que l'approche de financement retenue par la Régie régionale, même si elle est imparfaite, constitue un pas important dans la bonne direction en matière d'équité. En effet, cette approche a permis de réduire et même de combler des écarts historiques qui existaient avant la transformation en regard de l'allocation des ressources entre les territoires et entre les établissements. Plus encore, cette approche a permis d'entamer le passage d'une logique de financement axée sur les besoins de production des



établissements - plus il y a d'établissements dans un territoire plus l'enveloppe budgétaire est importante - vers une logique où il est proposé de faire l'adéquation entre les besoins de la population et les ressources disponibles.

Bref, il est possible d'affirmer, sans risque de se tromper, que la distribution des budgets reliés aux réaménagements des enveloppes existantes et aux priorités régionales sur des principes d'équité a permis, au cours des trois dernières années, d'enrichir et d'améliorer la gamme de services dans tous les territoires de la région et de réduire de façon significative les écarts quant à la disponibilité des ressources dans l'ensemble des territoires.

Toutefois, en dépit de ses gains et avantages, cette approche de financement a aussi démontré ses limites. En effet, au cours de la dernière année, les échanges entre la Régie régionale et les partenaires du réseau ont permis de dégager les constats suivants :

- Les paramètres retenus dans le plan de transformation ainsi que le cadre de financement se sont révélés parfois trop rigides. Les établissements disposent de peu de marges de manœuvre pour adapter, individuellement ou collectivement, la gamme de services à leur capacité budgétaire et aux besoins de la population. À ce titre, il est utile de se rappeler les débats qui ont entouré la balise fixée pour le nombre de lits d'hébergement et le financement à 42 000 $ par lit.
- Certains dirigeants ont exprimé des réserves quant à la justesse du niveau de financement attribué pour la dispensation de certains services.
- La mobilité de la clientèle sur le plan des services spécialisés en santé physique a eu pour effet d'hypothéquer la situation financière de certains centres hospitaliers.
- Différentes interprétations ont été données au concept d'équité de sorte que la communication entre la Régie régionale et certains partenaires est devenue plus difficile.

Pour toutes ces considérations, la Régie régionale a déjà annoncé, dans le cadre des orientations budgétaires adoptées le 10 juin 1998, qu'elle entend adopter une approche territoriale pour le financement du programme des personnes âgées en perte d'autonomie et ce, à partir de l'exercice 1999-2000. Le plan de consolidation maintient et bonifie cette orientation.

Les stratégies de financement du projet *Consolidation 1999-2002*

Les stratégies de financement proposées prennent leurs assises sur les orientations générales mises de l'avant dans le projet de consolidation. Elles viennent appuyer l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité de services offerts aux citoyennes et aux citoyens de la région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec.

À cet égard, la Régie entend, au cours des trois prochaines années, identifier quatre enveloppes distinctes :

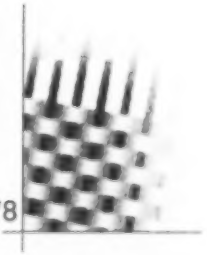
- une enveloppe pour les services de base;
- une enveloppe pour les services spécialisés en santé physique et en santé mentale;
- une enveloppe pour les services offerts par des établissements à vocation régionale;
- une enveloppe centralisée.

L'enveloppe pour les services de base

La Régie régionale entend entamer des travaux afin d'identifier la partie de l'enveloppe régionale qui sera constituée pour financer l'ensemble des continuums de services de base accessibles dans chacun des onze territoires de desserte. Ainsi, chaque territoire de desserte recevra sa quote-part de l'enveloppe, tous programmes clientèles confondus et ce, selon des principes d'équité qui seront convenus avec les partenaires.

Des experts cliniques devront au préalable identifier la gamme de services offerts et leur niveau d'intensité et ce, pour chacun des onze territoires. À priori, cette enveloppe comprendra l'ensemble des ressources actuellement sous la responsabilité des CHSLD et des CLSC. Les résultats des travaux conduits actuellement dans le cadre de l'actualisation et de la mise en œuvre du programme de santé mentale seront pris en considération lors de l'identification de l'enveloppe attribuable pour les services de base.

Cette stratégie trouve son fondement dans les principes de subsidiarité et d'imputabilité. Elle viendra renforcer la responsabilité des partenaires à l'égard d'une population à desservir, de la consommation de cette population et de la production des services qui lui sont destinés. Cette approche permettra, le cas échéant, à chacun des territoires de dégager des marges de manœuvre pour financer des priorités locales, dans la mesure où celles-ci sont cohérentes avec les orientations régionales et nationales.



Cette stratégie de financement commande que la Régie régionale procède, en association avec les partenaires concernés, aux étapes suivantes :

- L'identification des paramètres et des balises minimales en matière de services à offrir, de ressources à consacrer et de résultats à atteindre dans chaque territoire.
- L'établissement de règles du jeu et de processus de concertation et de décision opérationnels dans chaque territoire ainsi que leur soutien en cas de difficulté ou d'impasse.
- La mise en place de processus territoriaux et régionaux de reddition de comptes et de suivi cohérents avec cette stratégie, puisque cette façon de faire ne saurait soustraire la Régie régionale à ses obligations légales et réglementaires.

En cohérence avec ses engagements antérieurs en regard de l'équité, la Régie régionale estime que les paramètres à retenir pour la constitution des onze enveloppes territoriales doivent au minimum prendre en considération les éléments suivants :

- La taille de la population à desservir.
- Les besoins des populations visées reflétés par des indicateurs de besoins. Cependant, compte tenu de la fragilité des indicateurs avancés jusqu'à maintenant, la Régie se doit d'être prudente quant au choix du ou des indicateurs à retenir et ce, tant qu'il n'y aura pas de consensus aussi bien au niveau national que régional. Compte tenu de l'importance des écarts observés dans plusieurs programmes clientèles en regard des indicateurs de besoins actuellement disponibles, la Régie régionale entend pondérer les besoins des populations visées par chacun des programmes clientèles à l'intérieur d'une fourchette de 5 %, soit plus ou moins 2,5 % de la moyenne régionale.
- Les coûts de production de base permettant d'assurer le continuum de services sur chaque territoire. En effet, il est entendu que les coûts de production sont proportionnellement plus élevés dans les territoires dont la taille de population est plus faible. Il est admis au niveau de la littérature que l'absence de masse critique, l'importance relative des charges administratives et de soutien ainsi que la dispersion de la population à desservir sont des facteurs qui influencent les coûts de production.

Bien entendu, l'actualisation de cette stratégie devra se faire de façon graduelle et tiendra compte de la période de transition nécessaire qui doit amener les établissements du territoire sur la voie de l'équilibre budgétaire.

L'enveloppe pour les services spécialisés en santé physique et en santé mentale

Contrairement aux orientations retenues au plan de transformation où l'organisation des services et le cadre de financement étaient articulés autour de cinq sous-régions, le projet de consolidation met de l'avant la stratégie voulant que les quatre centres hospitaliers de la région sociosanitaire ainsi que le Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice pour certains services hospitaliers soient mandatés conjointement pour la prise en charge de l'ensemble de la population en regard des services spécialisés de santé physique et de santé mentale.

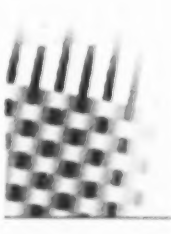
L'enveloppe budgétaire identifiée pour ces services spécialisés sera répartie entre les établissements concernés selon une méthodologie qui reste à convenir. L'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services ainsi que le niveau de performance attendue influenceront la distribution de cette enveloppe.

L'enveloppe pour les services offerts par des établissements à vocation régionale

Cette enveloppe sera constituée des ressources permettant de financer les services actuellement offerts par des établissements à vocation régionale œuvrant dans le secteur social soit :

- les Centres jeunesse;
- le Centre de services en déficience intellectuelle;
- le Centre de réadaptation InterVal;
- Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec;
- le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie pour ce qui est du volet régional du programme santé mentale.

La Régie régionale entend renforcer le maillage entre les établissements locaux et les établissements à vocation régionale en regard de l'ensemble de la gamme de services disponibles au niveau territorial. Pour ce faire, la Régie régionale, à partir des critères d'équité qui seront convenus avec les partenaires, identifiera la partie des enveloppes budgétaires gérées par les établissements à vocation régionale qui serait attribuable théoriquement à chacun des territoires. Ainsi, chaque territoire sera en meilleure position pour né-



gocier avec les partenaires régionaux la gamme et le niveau d'intensité de services auxquels son territoire est en droit de s'attendre.

L'enveloppe centralisée

La Régie régionale entend gérer de façon centralisée une enveloppe régionale constituée des programmes suivants :

- le soutien aux organismes communautaires;
- les services préhospitaliers d'urgence;
- le fonds d'innovation.

Le soutien aux organismes communautaires

Même si le niveau d'intervention des organismes communautaires se situe davantage au palier local dans chacun des onze territoires de CLSC, la Régie régionale se propose quand même de maintenir une gestion centralisée de l'enveloppe budgétaire de soutien aux organismes communautaires (SOC). Compte tenu du cadre législatif actuel et des caractéristiques propres aux organismes communautaires, la Régie régionale est d'avis qu'il est souhaitable que le financement du SOC continue à être pourvu selon les mécanismes actuellement en vigueur.

Il est admis que les organismes communautaires interviennent davantage en tant qu'agents de changement et de développement social plutôt que dans la prestation de services. À cet égard, la Régie régionale, en partenariat avec ces organismes. ntend conduire des travaux en vue d'explorer les sources possibles de financement à l'extérieur des programmes clientèles.

Par ailleurs, des travaux devront être également conduits afin de revoir le financement de base, convenir des principes d'équité et identifier les services offerts par certains organismes communautaires qui pourront être considérés dans le continuum de services.

De plus, considérant les besoins de financement que le secteur communautaire juge nécessaires pour atteindre une certaine autonomie dans leurs actions, il est irréaliste de penser que la Régie régionale puisse, dans le cadre budgétaire actuel, répondre à ces besoins. Aussi, la Régie régionale entend faire des représentations auprès du Ministère afin que des ressources spécifiques puissent être dégagées au niveau national. Pour ce faire, la Régie régionale souhaite mener des travaux en collaboration avec les représentants des organismes communautaires afin d'identifier les ressources requises pour un financement de base adéquat.

Les services préhospitaliers d'urgence

Compte tenu du cadre légal actuel et des paramètres de financement en vigueur des entreprises ambulancières, la Régie régionale entend continuer à gérer cette enveloppe budgétaire de façon centralisée.

Par ailleurs, une fois les orientations nationales connues à la suite des résultats des travaux en cours, la Régie régionale entend initier une démarche au cours du prochain plan triennal afin de revoir l'organisation des services dans une perspective territoriale. Il est possible qu'éventuellement cette enveloppe budgétaire soit intégrée dans l'enveloppe identifiée pour des services de base accessible au niveau territorial.

Créer un fonds permanent de soutien à l'innovation

La Régie régionale entend constituer, à compter du 1er avril 1999, un fonds permanent de l'ordre de 7 M $ par année pour supporter l'innovation dans le réseau régional de la santé et de services sociaux. Cet investissement se veut un levier pour amener la région sociosanitaire à exercer un leadership dans les trois secteurs suivants :

- le développement des pratiques et interventions jugées efficaces ou prometteuses;
- le développement des technologies de l'information;
- la modernisation du réseau.

Le développement de pratiques et interventions jugées efficaces ou prometteuses

La Régie régionale juge qu'à l'aube du troisième millénaire, il est essentiel de favoriser l'émergence et la mise en œuvre de pratiques et d'interventions qui soient en lien avec les orientations du projet de consolidation et qui soient estimées efficaces ou prometteuses dans le domaine des services à la population.

La Régie régionale entend donc soutenir financièrement les projets qui auront généré, comme retombées mesurables, l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services offerts à la population. De tels projets devront favoriser l'acquisition de nouvelles connaissances, l'initiation

de pratiques nouvelles et prometteuses, le développement des compétences des ressources humaines et, s'il y a lieu, la maîtrise de nouvelles technologies. À cet égard, l'adaptation et le recyclage de la main-d'œuvre font partie intégrante des objectifs visés. Seuls les projets issus d'une concertation réelle des partenaires d'un ou de plusieurs territoires seront admissibles à ce soutien. Les modalités d'accès à ce soutien financier seront établies ultérieurement.

Le développement des technologies de l'information

Pour assurer le développement technologique du réseau, la Régie régionale s'est engagée l'automne dernier à constituer sur un horizon de cinq ans (1997-2002) un fonds de 10 M $ pour supporter le déploiement des technologies de l'information, notamment celles en lien avec les pratiques professionnelles. Cette orientation traduit la volonté de la Régie régionale de combler le retard que le réseau a subi au cours des dernières années et de positionner la région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec comme leader dans ce domaine. Pour la Régie régionale, il est essentiel que la région dispose des moyens financiers pour assumer les mandats en regard du déploiement de tous les systèmes actuellement en développement au niveau ministériel. La contribution financière attendue du Ministère en regard de ces systèmes viendra consolider ce fonds. La Régie régionale entend mener des travaux au cours des prochains mois afin d'évaluer avec plus de précisions le niveau des investissements requis dans chacun des secteurs (technocentre, dossiers clients, pratiques professionnelles, laboratoires, radiologies, services administratifs, etc.).

La modernisation du réseau

La nécessité de consentir des investissements importants pour réaliser la modernisation de l'infrastructure administrative et de soutien des établissements du réseau ne fait pas de doute, puisque plus souvent qu'autrement, celle-ci repose sur une automatisation accrue des opérations à l'aide d'équipements et d'immobilisations modernes et complexes. Cette réalité est reconnue par le Ministère qui, lui-même, envisage d'investir au Québec 66 M $ sur un horizon de trois ans (1998-2001). De même, la Régie a réservé à cette fin une somme non récurrente de 5 M $ en 1998-1999.

Poursuivant dans cette foulée, le fonds permanent de soutien à l'innovation est aussi destiné à supporter des investissements importants et générateurs d'économies significatives dans le champ de la modernisation de l'infrastructure administrative et de soutien. L'atteinte de l'équilibre serait une des conditions requises pour avoir accès à ce fonds.

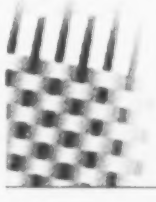
Viser le retour rapide à l'équilibre budgétaire

Il est admis que le plan de transformation était ambitieux. Ce plan traduisait la volonté de la Régie régionale d'opérer des changements profonds aussi bien au niveau des structures qu'au niveau de l'organisation des services. Une transformation de cette ampleur dans un laps de temps aussi court ne peut se réaliser sans laisser quelques séquelles. En plus, le programme de départs volontaires initié par le gouvernement l'année dernière est venu compliquer davantage la situation et ce, malgré la prise en charge de la dette par le gouvernement.

Même si la Régie régionale avec l'aide du Ministère a constitué une somme de 35,3 M $ pour les exercices 1996-1997 et 1997-1998 afin d'aider les établissements à faire face à leurs obligations, certains établissements demeurent quand même avec des niveaux de déficits importants. De plus, selon l'analyse préliminaire faite de l'exercice 1998-1999, la situation ne semble pas s'améliorer. D'ailleurs, certains établissements anticipent des coûts de transition pour les deux ou trois prochains exercices.

La Régie régionale réitère que tous les établissements du réseau ont la responsabilité de maintenir ou d'atteindre le plus rapidement possible l'équilibre budgétaire de même que d'éliminer les déficits accumulés. De la sorte, il est souhaité de minimiser le poids des coûts de transition pour la région et de permettre la réponse à de nouveaux besoins. Le soutien que la Régie régionale pourra offrir, dans la mesure des capacités budgétaires régionales, aux plans de modernisation ou aux projets d'immobilisations des établissements est conditionnel à l'atteinte de l'équilibre budgétaire et des performances optimales de services par les établissements en cause.

Par ailleurs, compte tenu de l'ampleur des difficultés actuelles et anticipées, la Régie régionale sollicite la contribution ponctuelle du Ministère pour résorber les coûts de transition, en attendant que le plan de transformation livre tous ses fruits et que les établissements aient regagné l'équilibre budgétaire.



Maintenir le cap vers l'équité intrarégionale

Tel que mentionné, l'équité intrarégionale est l'une des assises du plan de transformation. Même si les partenaires ont souvent tendance à assimiler l'équité aux seuls aspects budgétaires, la Régie régionale réaffirme que la quête de l'équité n'a de sens que dans la mesure où elle permet de réduire les écarts dans l'accessibilité à des services de qualité entre les différents territoires. Dans cette perspective, le financement devient un moyen pour atteindre l'équité recherchée.

La Régie régionale entend donc poursuivre dans cette voie et continuer d'améliorer les instruments de mesure aussi bien des besoins des populations que des facteurs qui influencent les coûts de production des services.

Au niveau de l'enveloppe territoriale, la Régie régionale entend, sur un horizon de trois ans, combler les écarts qui pourraient exister entre les territoires. Ces écarts seront, le cas échéant, comblés en partie par de nouveaux crédits susceptibles de provenir du Ministère et en partie par des réallocations intraterritoriales. Compte tenu des contraintes reliées à la mobilité des ressources humaines et de tous les changements que le réseau a connus pendant les quatre dernières années, la Régie régionale juge qu'une période de trois ans est requise pour atteindre ces objectifs de façon ordonnée.

Par ailleurs, en fonction des ressources disponibles et des besoins à rencontrer, la Régie régionale entend cibler aussi bien les objets de développement que les réductions de dépenses dans une perspective d'équité intrarégionale et de priorisation des stratégies et des actions les plus efficaces ou prometteuses.

D'autre part, le versement par la Régie régionale de sommes de développement qui pourraient être rendues disponibles de 1999 à 2002 se fera généralement sur la base de projets de concertation réelle soumis au préalable par les partenaires concernés pour les objets de développement en question.

Obtenir l'équité interrégionale

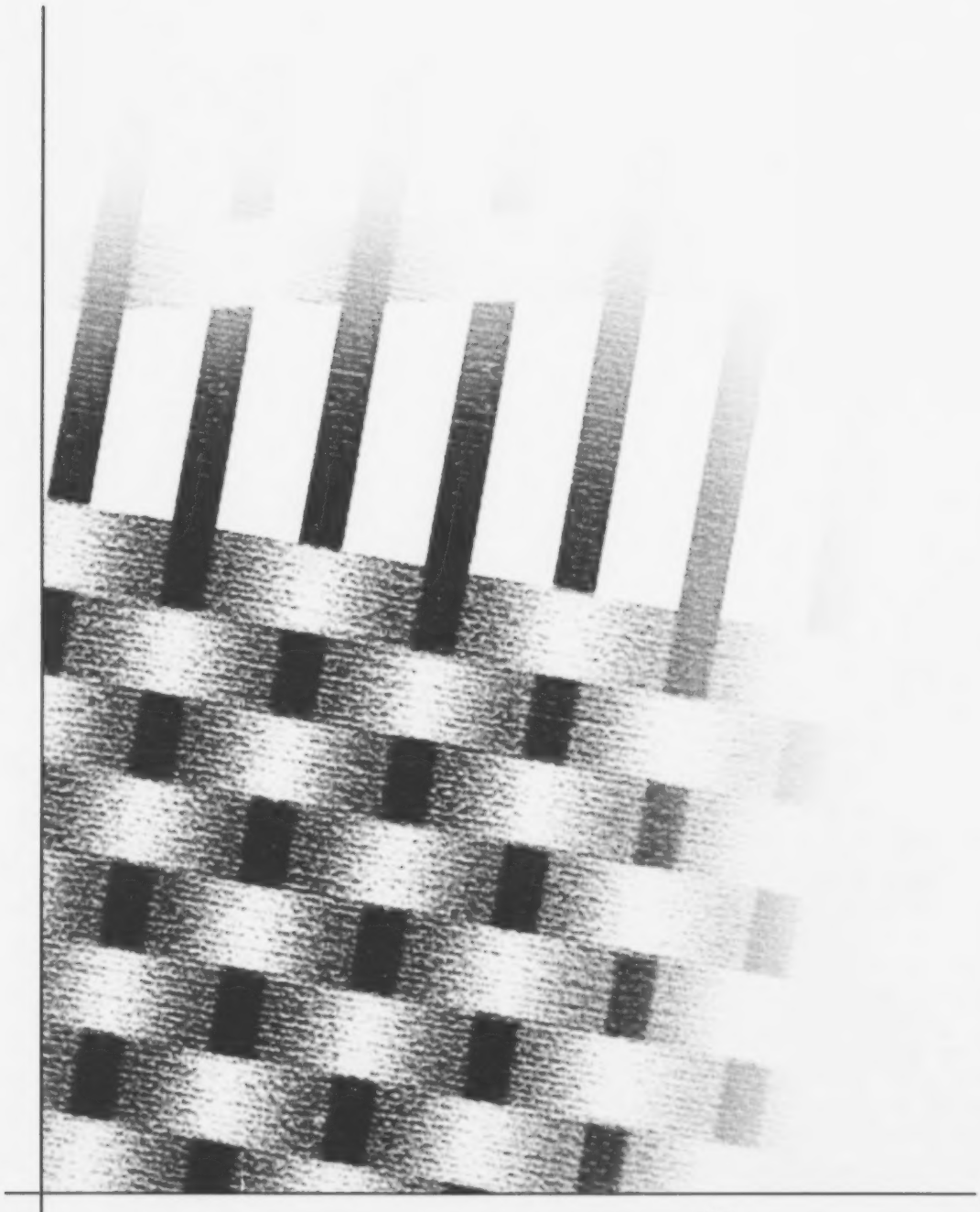
La Régie régionale entend continuer à appuyer le ministre dans ses efforts visant à réduire les écarts quant aux ressources allouées à chacune des régions du Québec et obtenir qu'un financement adéquat soit consenti au réseau de la santé et des services sociaux.

Par ailleurs, la Régie régionale fera des représentations auprès du ministre afin que celui-ci dégage, à même l'enveloppe identifiée pour des services nationaux, les sommes nécessaires pour permettre à la région sociosanitaire d'assumer les coûts en lien avec le rapatriement de la clientèle, notamment pour les services en cancérologie et en résonance magnétique.

De plus, la Régie régionale fera preuve de vigilance au niveau national pour que la population de la région sociosanitaire Mauricie et Centre-du-Québec puisse avoir un accès équitable aux services surspécialisés disponibles dans les régions universitaires. À cet égard, la Régie régionale insiste pour que des mécanismes transparents d'accès à ces services soient mis en place. La Régie régionale estime, de plus, que la situation financière de certains établissements universitaires et la question des listes d'attente sont inquiétantes et commandent un coup de barre énergique de la part du Ministère et des régions concernées.

Partie 8

LE MONITORAGE DES RÉSULTATS ET L'ÉVALUATION



LE MONITORAGE DES RÉSULTATS ET L'ÉVALUATION

La sixième orientation du plan de consolidation concerne le suivi systématique et continu de l'état de santé de la population et des principaux résultats escomptés par l'action du réseau.

La Régie régionale fait référence à la surveillance de la santé et du bien-être de la population, à l'identification des besoins de la population, au monitorage rigoureux et continu des principaux résultats atteints et des indicateurs de services et de gestion les plus significatifs, à l'évaluation de la satisfaction des usagers, à l'étude et au suivi des effets du virage ambulatoire sur les usagers et les aidants naturels, et à la conduite de recherches évaluatives spécifiques à certains programmes, services ou problématiques.

Déjà, la Régie régionale conduit régulièrement des travaux en vue d'identifier les besoins de la population, de suivre l'évolution de son état de santé et de bien-être, ses déterminants et ses conséquences, particulièrement par le traitement et l'analyse des données sociosanitaires disponibles. Cette fonction régionale de connaissance et de surveillance est exercée en collaboration étroite avec les autres régies régionales, le Ministère et d'autres instances telles Santé-Québec. Cette connaissance est importante, car elle contribue à orienter l'action du réseau.

Par contre, pour le monitorage des principaux résultats et indicateurs de gestion et de services, ainsi que pour l'évaluation de diverses facettes reliées à l'action du réseau, de nombreux efforts doivent être consentis par la Régie régionale et le réseau des prestataires de services afin d'ancrer une mentalité d'évaluation et des façons de faire continues, rigoureuses et utiles.

Le cadre de référence pour le monitorage de l'organisation des services

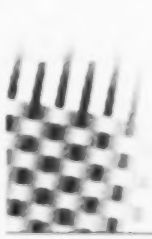
Il existe une multitude d'objets qu'il est possible de suivre en monitorage et en évaluation. Il devient alors essentiel d'identifier les principaux objectifs de résultats afin de concentrer les ressources et les énergies pour y parvenir. Trois objets d'évaluation sont identifiés :

- les 19 objectifs de la *Politique de santé et du bien-être (PSBE)*;
- les Priorités nationales de santé publique;
- l'organisation des services (associée, entre autres, au plan de transformation et au projet de consolidation).

La Régie régionale confirme la nécessité d'accentuer l'évaluation et le monitorage au sein de la Régie elle-même et du réseau sociosanitaire pour les prochaines années.

Pour chacun de ces objets d'évaluation, trois niveaux de résultats devraient être suivis :

- **Résultats de production** : suivi de l'actualisation de certaines mesures du plan ou des priorités de santé publique comme les durées moyennes de séjour, le taux de chirurgie d'un jour, l'implantation de certains programmes ou services, les caractéristiques des clientèles rejointes, le nombre de doses injectées (vaccins), etc.
- **Résultats intermédiaires** : résultats se situant après la production des services et avant la modification de l'état de santé ou de bien-être, comme les stratégies et orientations du plan de transformation (l'accessibilité aux services, la continuité, la coordination, la complémentarité, les gains d'efficience, etc.). On inclut aussi l'augmentation des connaissances, la modification d'environnements, l'adoption de comportements de santé ou le taux de couverture vaccinale, etc. D'autres dimensions telles que la qualité des services, la satisfaction des usagers et le traitement des plaintes s'ajoutent au monitorage des résultats intermédiaires.
- **Résultats ultimes reliés à la santé et au bien-être de la population** : sans les associer directement ou exclusivement aux actions réalisées, il s'agit de suivre certaines conséquences reliées à l'organisation des services, comme la mortalité et la morbidité évitables, le fardeau des proches, les réadmissions hospitalières et la consultation en urgence. Il est aussi nécessaire de suivre les variations dans l'état de santé et de bien-être de la population, particulièrement les problèmes sociaux et de santé couverts par les objectifs de la PSBE et les problèmes en émergence.



Avec un monitorage systématique doublé de recherches évaluatives spécifiques, le suivi de ces niveaux de résultats doit permettre de répondre, en tant que réseau sociosanitaire, à quatre questions fondamentales :

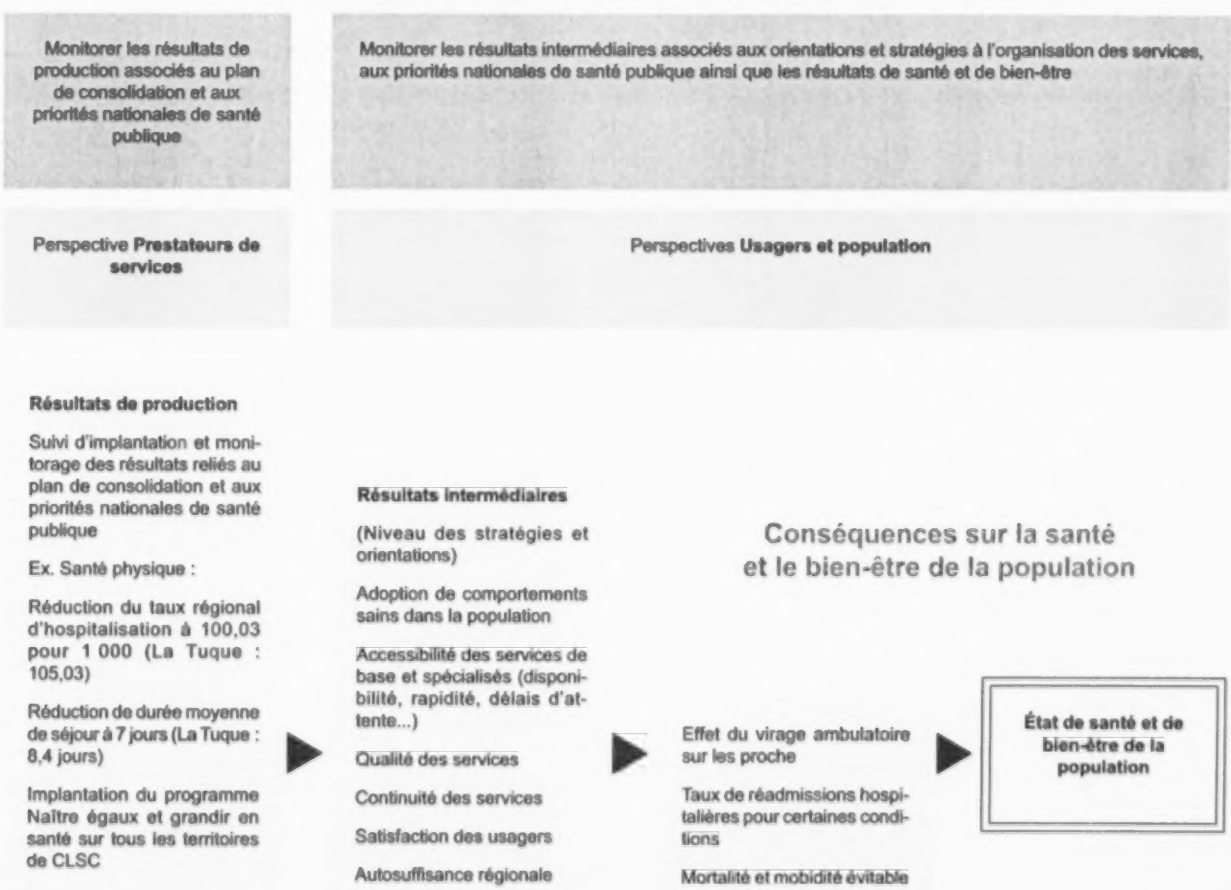
- Dans quelle mesure les services prévus et nécessaires à la population sont-ils rendus dans les différents territoires et la région et est-ce fait avec efficience?
- Dans quelle mesure l'efficacité recherchée par ces services est-elle améliorée, principalement en ce qui a trait à l'accessibilité, la qualité, la pertinence, la continuité, la complémentarité et la satisfaction de la population et des usagers?
- Dans quelle mesure l'état de santé et de bien-être de la population s'améliore-t-il? Dans quelle mesure les impacts négatifs que peuvent entraîner les changements dans la prestation des services s'atténuent-ils?
- Quels sont les ajustements requis en matière d'orientation, d'organisation ou de distribution des services à la lumière de la réponse aux questions précédentes?

La figure suivante illustre l'agencement des niveaux de résultats présentés précédemment.

La Régie régionale confirme la nécessité d'accentuer l'évaluation et le monitorage au sein de la Régie régionale elle-même et du réseau sociosanitaire pour les prochaines années. Le but poursuivi est de systématiser ce type d'évaluation en vue, d'une part, d'ajuster la gestion du réseau sociosanitaire en fonction des besoins de la po-

Cadre de référence pour le monitorage de l'organisation des services

(inspiré du cadre de référence pour le suivi de la transformation du réseau de la région de Québec)



pulation et des résultats obtenus et, d'autre part, en vue d'une reddition de comptes envers le conseil d'administration de la Régie régionale, le ministère de la Santé et des Services sociaux et la population en général.

En effet, il convient de souligner qu'outre la nécessité de suivre les résultats d'un point de vue d'administrateurs, la population manifeste ses préoccupations et ses attentes envers les services offerts par le réseau. De façon générale, la qualité des services demeure une préoccupation de la population régionale. Il en est de même pour les délais d'accessibilité aux services et particulièrement, les délais d'attente en chirurgie. Un système de monitorage complet et adéquat doit donc intégrer ces aspects populationnels reliés à l'organisation des services en vue d'une reddition de comptes à la population.

La démarche relative au monitorage des résultats

Il est prévu que la mise en place d'un véritable système de monitorage se fera en deux phases :

Phase 1 : Avoir complété la mise en place d'ici juin 1999 au sein de la Régie régionale des systèmes de base de monitorage pour tous les programmes clientèles et les volets ressources financières et ressources humaines.

Dans un premier temps, la Régie régionale doit identifier ses propres besoins et organiser l'information existante en son sein, en tenant compte des informations déjà facilement disponibles dans le réseau et des attentes de la population. L'approche choisie en phase 1 repose sur le suivi par indicateurs pour lesquels des données sont actuellement disponibles. Les indicateurs seront choisis selon des critères de pertinence, de validité et de disponibilité actuelle de l'information dans la Régie régionale. Ce choix d'approche implique que certains résultats ne pourront être monitorés dans un premier temps. Ils feront l'objet de développements ultérieurs et ce, une fois que les systèmes de base seront complétés pour l'ensemble de la Régie régionale.

Pendant cette phase, les seuls développements visant à recueillir de nouvelles informations porteront sur la satisfaction des usagers et de la population en lien avec l'amélioration continue de la qualité, sur les effets du virage ambulatoire sur les usagers et les aidants naturels ainsi que sur le suivi des priorités nationales de santé publique.

Phase 2 : Avoir complété, d'ici juin 2001, la mise en place au sein du réseau des systèmes de monitorage jugés nécessaires suite à une démarche conjointe avec les partenaires.

C'est donc dire que, dans un second temps, le monitorage des résultats deviendra davantage une démarche conjointe de la Régie régionale avec les établissements et, éventuellement, les organismes communautaires. Cela permettra d'intégrer les besoins d'information de la Régie régionale et ceux des partenaires en prenant appui sur les résultats de la phase 1.

À cette étape, les indicateurs seront précisés et améliorés, la cueillette et le traitement des données seront systématisés, le traitement et la diffusion des résultats seront organisés pour l'ensemble des objets d'évaluation jugés prioritaires. L'implantation d'un monitorage et d'une reddition de comptes convenus conjointement est nécessaire pour améliorer la pertinence et la qualité du monitorage des résultats et conséquemment, pour s'assurer de la meilleure utilisation possible de ces informations sur les choix et les actions.

Dans une phase comme dans l'autre, il y aura pour chacun des trois grands objets identifiés précédemment (PSBE, organisation des services et priorités nationales de santé publique) :

- Développement et mise en place des tableaux de bord (indicateurs et systèmes d'information) nécessaires au monitorage de ces résultats, en s'assurant de leur fonctionnement et de leur mise à jour systématique;
- Adaptation des productions, sous forme de rapports, de tableaux de bord ou autres, aux différents besoins d'information et de gestion des niveaux hiérarchiques de la Régie régionale et, dans un second temps, du réseau.

Par ailleurs, il faut souligner quelques conditions de réalisation à la démarche proposée :

- La responsabilité de la conduite de la démarche régionale est assumée par la Régie régionale en collaboration avec les établissements du réseau et, éventuellement, avec les organismes communautaires.
- En vue de planifier et de coordonner la réalisation de la phase 2 de la démarche, un comité de pilotage conjoint Régie-établissements sera mis sur pied en 1999. Lorsque la démarche interpellera les organismes communautaires, ils seront également présents au comité de pilotage.

- En tout temps, une coordination étroite devra être maintenue avec les responsables des dossiers de technologies de l'information, particulièrement en ce qui a trait aux déploiements de l'Infocentre régional et de différents logiciels de programmes clientèles ou de gestion qui auront cours pendant les prochains mois et les prochaines années.
- Tout au long de la démarche, des choix devront être faits relativement aux indicateurs les plus pertinents à retenir puisqu'il est impossible et non souhaitable de multiplier le nombre d'indicateurs en monitorage. Des éléments tels que l'utilité, la validité, la fiabilité, la sensibilité et la spécificité de chaque indicateur devront être considérés, tout comme la disponibilité des sources, la qualité des données sources, l'intelligibilité des indicateurs pour des non-spécialistes, la précision des instruments, l'uniformité des modes de calcul et les coûts abordables de cueillette et de traitement des données.

L'évaluation et l'implantation de mesures de prévention et de promotion de la santé

Par ailleurs, la Régie régionale reconnaît qu'un ensemble d'interventions dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention revêt un caractère novateur. Compte tenu de l'importance de porter un jugement rigoureux, notamment sur les approches visant l'amélioration des conditions de vie et la réduction des écarts de santé et de bien-être, la Régie régionale entend consacrer des ressources financières significatives à l'évaluation de l'implantation et du déploiement des mesures de promotion et de prévention prévues au plan de transformation de 1996 et au plan de consolidation. Ainsi, la Régie régionale verra, au meilleur de ses capacités et en lien étroit avec les partenaires locaux, régionaux et nationaux, à exercer les actions suivantes :

- Soutenir les territoires dans l'évaluation d'activités de mobilisation intersectorielle orientées vers l'amélioration des conditions de vie afin de continuellement bonifier ces actions locales.
- Porter un jugement sur des actions régionales de mobilisation intersectorielle en vue d'assurer la cohérence et la mise en place de conditions favorables aux actions locales.
- Créer des alliances avec les milieux universitaires, de recherche et de santé publique, tant au niveau régional que national, en vue de maintenir un contexte favorable à la réalisation de recherches orientées vers l'amélioration des actions de promotion et de prévention.
- Contribuer à utiliser de façon efficiente les sommes du fonds de soutien à l'innovation destinées aux projets novateurs en prévention et promotion de la santé.
- Outiller et soutenir les intervenants régionaux et locaux dans le suivi des mesures de prévention et de promotion de la santé du plan de transformation, du plan de consolidation et des priorités nationales de santé publique.

Les autres démarches

La mise en place d'un véritable système de monitorage ne doit pas faire oublier qu'il existe d'autres façons d'évaluer le système sociosanitaire, sa performance et ses résultats.

Ainsi, la Régie régionale entend interpeller les partenaires de chaque territoire et particulièrement, les établissements tant locaux que régionaux afin qu'ils rendent compte ensemble du fonctionnement du réseau de services et des résultats atteints, entre autres à l'aide des indicateurs qui seront développés ou de données déjà disponibles. Les modalités de cette reddition de comptes conjointe restent à déterminer et pourraient prendre diverses formes écrites ou verbales, dont la tenue par la Régie régionale d'audiences publiques dans les territoires. La reddition de comptes verra à toucher tous les programmes clientèles.

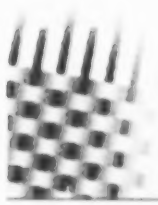
De même, la mise en place d'une stratégie d'amélioration continue des services, dont il est question dans la partie qui suit intitulée *L'amélioration continue de la qualité des services*, inclut l'évaluation de la satisfaction de la population et des usagers à l'endroit des services reçus. L'examen des plaintes des usagers reçues par les établissements et par la Régie régionale est une source importante d'information à mieux utiliser dans une perspective d'évaluation et d'amélioration des services.

Par ailleurs, il est important de rappeler que des travaux seront conduits en association avec les principaux partenaires concernés, afin que le volet reddition de comptes des organismes communautaires subventionnés soit élaboré en cohérence avec les résultats des travaux régionaux à venir.

Enfin, la Régie régionale verra à mener des travaux réguliers, en collaboration avec les partenaires locaux, régionaux et nationaux concernés :

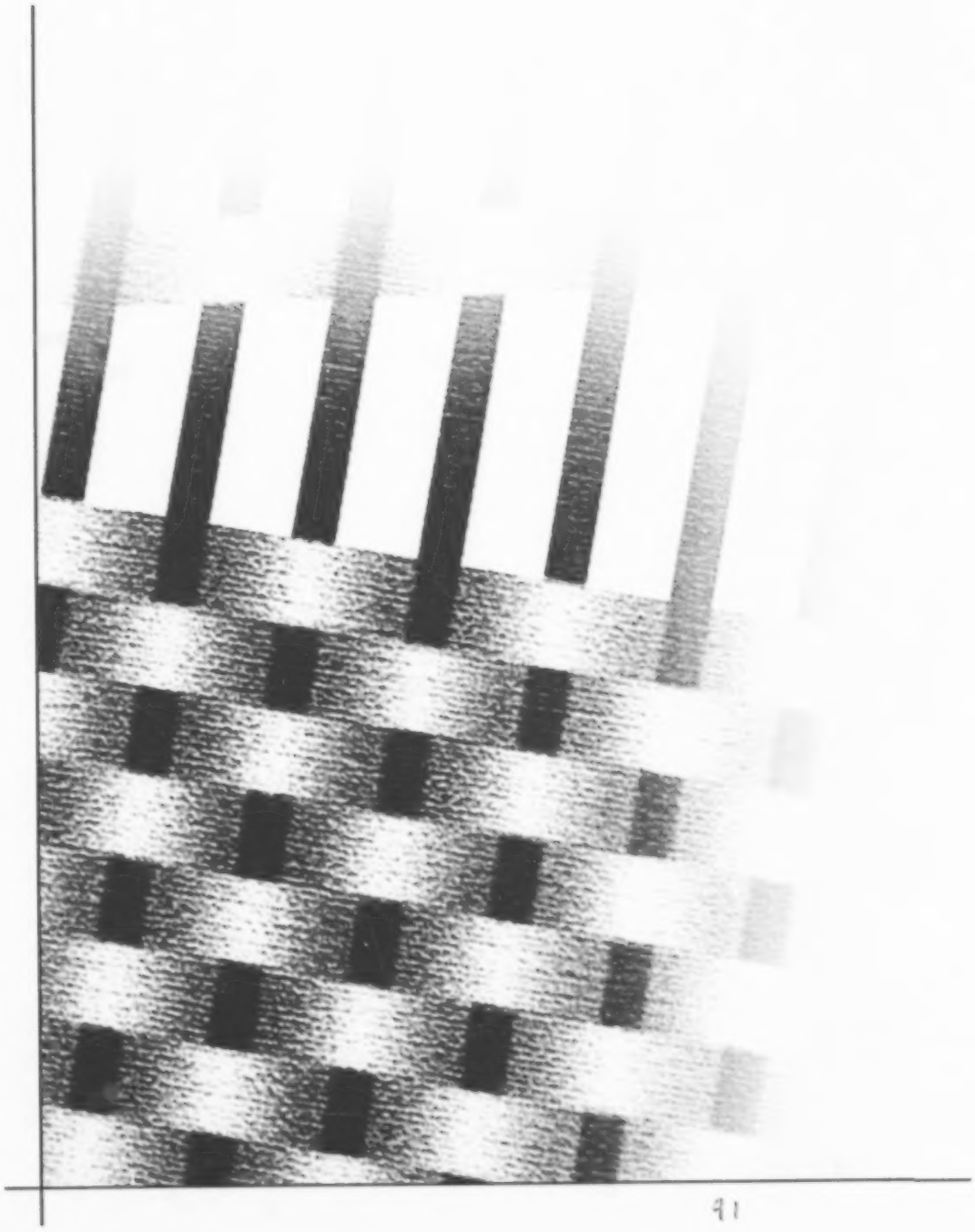
- En vue, d'une part, de mieux connaître les effets du virage ambulatoire sur les usagers et les aidants naturels et, d'autre part, de développer des indicateurs significatifs permettant de suivre ces effets, de sorte à identifier les ajustements requis à l'orientation et à la distribution des services.
- En vue de procéder à des évaluations de programmes, de services ou de problématiques spécifiques.

Les objets, la fréquence et l'ampleur des démarches évaluatives autres que le monitorage des résultats restent à déterminer en tenant compte, entre autres, des ressources disponibles, des besoins exprimés et de la priorité accordée à la démarche de monitorage.



Partie 9

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES



L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Après six ans de mise en place de dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour assurer des services de qualité et la protection des droits des usagers, la Régie régionale observe que leur intégration dans une stratégie cohérente d'amélioration de la qualité fait souvent défaut. La satisfaction des usagers quant aux services reçus et au respect de leurs droits n'a été que trop souvent abordée par l'examen des plaintes formulées par les usagers.

La Régie régionale veut aller plus loin et adopter une approche préventive en mettant en place une stratégie d'amélioration continue de la qualité où les attentes et la satisfaction des usagers et de la population seront placées au premier rang.

La qualité, c'est l'utilisation des ressources les plus appropriées pour rendre les bons services répondant parfaitement aux besoins et aux attentes du client et ce, au meilleur coût possible. Or, tant les besoins auxquels elle répond que les moyens utilisés pour y arriver sont appelés à changer. La qualité d'aujourd'hui n'est donc pas nécessairement une garantie de la qualité de demain. Par conséquent, la qualité ne peut que relever d'une démarche continue d'amélioration.

Une stratégie cohérente d'amélioration de la qualité des services suppose que la qualité est définie non seulement à partir de normes techniques, cliniques, professionnelles ou administratives, mais aussi à partir des attentes énoncées par les usagers eux-mêmes à l'égard des services. Ce sont eux qui, ultimement, jugent la qualité globale des services qu'ils utilisent. L'évaluation de la satisfaction des usagers sera donc une dimension qui s'ajoutera au monitorage des résultats liés à la santé et au bien-être de la population ainsi qu'à ceux liés à l'efficacité et à l'efficience des ressources.

Un concept général de services

Plusieurs dimensions ou plusieurs éléments caractérisent les services de santé et les services sociaux. Ils peuvent être regroupés sous différents volets. Le volet professionnel (fiabilité, compétence), le volet organisationnel (continuité, rapidité, confort) et le volet relationnel (dignité, intimité, empathie) en sont des exemples.

Or, une des premières étapes de mise en place d'une stratégie d'amélioration continue est de convenir d'un concept général de services qui servirait de cadre de référence et d'analyse pour l'ensemble des activités liées à la satisfaction des usagers et au respect de leurs droits. Pour ce faire, la Régie régionale devra choisir parmi toutes les dimensions possibles caractérisant les services de santé et les services sociaux, celles à qui elle accordera une attention particulière. Les choix seront fortement influencés, d'une part, par les préférences des usagers. Ils seront invités à exprimer leurs attentes par rapport aux services qu'ils reçoivent ainsi que le degré d'importance qu'ils accordent aux éléments prioritaires du concept général de services.

D'autre part, la Régie régionale, les établissements du réseau et le ministère de la Santé et des Services sociaux peuvent aussi mettre en priorité des dimensions ou des éléments de services en tenant compte des lois, des valeurs, de leur mission, de leurs objectifs et de leurs ressources.

Sur ce point, la Régie régionale, au chapitre des orientations, priorise certaines dimensions telles que l'accessibilité des services en termes de proximité géographique, de continuité, de complémentarité, de rapidité. Ces dimensions, si elles sont retenues, seront nécessairement intégrées dans le concept général de services.

Un contrat le plus limpide possible

La mise en place d'une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services permettra de :

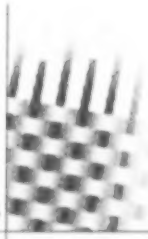
- Se doter d'un concept général de services précisant clairement, parmi toutes les dimensions possibles de services énoncés par les usagers, celles auxquelles la Régie régionale aura choisi d'accorder une attention particulière.
- Établir avec la population un contrat le plus limpide possible précisant les engagements de la Régie régionale face aux attentes exprimées par les usagers et la population.
- Convenir avec le réseau de la façon de répondre le mieux possible aux attentes et aux besoins des usagers et de la population.
- Inclure, dans l'évaluation des résultats et le monitorage, les attentes et la satisfaction des usagers à l'égard des services et le respect de leurs droits.
- Développer la compétence des ressources humaines en matière d'amélioration continue de la qualité des services de protection et de respect des droits des usagers. La qualité des services dépend, en bonne partie, de la qualité des relations entre le personnel et les usagers ainsi que de la façon dont l'expertise professionnelle est livrée.

L'approche qualité suppose que la qualité fait partie intégrante des modes de gestion, qu'elle devient une préoccupation constante dans la prise de décision.

Les mesures préconisées

Les partenaires du réseau seront impliqués dès le départ dans la démarche, notamment dans la détermination et la mise en place de la méthodologie. En outre, les travaux pour la mise en place d'un programme d'amélioration continue de la qualité des services se dérouleront selon six étapes.

- L'identification des attentes et l'évaluation de la satisfaction des clients :
  - ~ S'approprier et valider régionalement le concept général de services déjà expérimenté dans la région de Montréal, auprès d'usagers de différents types d'établissements et connaître le degré d'importance qu'ils accordent aux éléments qui y sont rattachés.
  - ~ Évaluer, auprès des usagers et de la population, le degré de satisfaction actuel par rapport aux éléments du concept général de services.
- Le partage des résultats avec le réseau :
  - ~ Partager, comprendre et analyser, avec les acteurs du réseau, les résultats de l'évaluation de la satisfaction des usagers et de la population en vue de convenir de ce qu'il faut faire pour améliorer la qualité des services.
- La définition de la stratégie régionale d'amélioration continue de la qualité des services :
  - ~ Définir une stratégie régionale en vue d'instaurer un programme d'amélioration continue de la qualité des services appuyé sur l'analyse des résultats de l'évaluation de la satisfaction des usagers et de la population ainsi que sur le concept général de services. Tout en tenant compte des ressources humaines et financières disponibles dans la région, ce programme précisera les engagements du réseau envers les usagers et la population et la façon dont il répondra le plus possible aux attentes essentielles exprimées par ceux-ci.
- L'expérimentation d'un programme d'amélioration continue de la qualité des services :
  - ~ Expérimenter le programme d'amélioration continue de la qualité des services à l'aide de projets pilotes (clientèles, programmes, unités de soins, etc.) implantés sur une base volontaire dans les territoires et dans les établissements de la région.
- La mobilisation pour une participation des ressources humaines :
  - ~ Instaurer une stratégie visant à développer les attitudes nécessaires à l'adoption d'une approche préventive à l'égard de la satisfaction des usagers et de la protection de leurs droits.
  - ~ Assurer la formation des décideurs, des gestionnaires et des intervenants relative à la qualité des services et aux droits et obligations des usagers.
  - ~ Augmenter le niveau de connaissance des services disponibles dans la région et des droits et obligations des usagers à l'égard des services, par la mise en place d'une stratégie d'information à l'intention de la population, des usagers et leurs proches ainsi que des intervenants et leurs décideurs.
- Vers une démarche généralisée d'amélioration continue de la qualité des services :



- ~ Évaluer la mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité des services expérimentée dans les sites pilotes.
- ~ Évaluer et comparer l'évolution de la satisfaction des usagers dans les sites pilotes.
- ~ Créer les conditions nécessaires pour encourager les établissements à mettre en œuvre ce programme. Par exemple, faire connaître aux décideurs, gestionnaires et intervenants les expériences d'amélioration continue de la qualité des services et diffuser les résultats des projets réalisés dans les sites pilotes et les outils utilisés.

L'approche qualité n'équivaut pas à une tâche supplémentaire, mais constitue en soi une nouvelle façon de gérer. L'approche qualité suppose que la qualité fait partie intégrante des modes de gestion, qu'elle devient une préoccupation constante dans la prise de décision. L'amélioration continue de la qualité demande engagement, énergie et temps.

Lignes directrices devant guider la gestion et la prestation de services

(réf. : art. 3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux)

1- La raison d'être des services est la personne.

2- Le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes.

3- Tout usager doit être traité avec courtoisie, équité et compréhension.

Dans le respect de sa dignité, son autonomie et ses besoins.

4- L'usager doit participer aux soins et aux services le concernant.

5- L'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

Les droits des usagers

(réf. : art. 4 à 16 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux)

Tout usager a droit :

1- À l'information sur les services qui existent, sur l'endroit où il peut les obtenir et sur la façon d'y avoir accès;

2- À l'information sur son état de santé et de bien-être, sur les solutions possibles ainsi que sur les risques et les conséquences généralement associés à ces solutions;

3- À des services adéquats sur les plans humain, scientifique et social;

4- De choisir le professionnel ou l'établissement qui lui dispensera ces services;

5- De donner et de refuser son consentement à des soins;

6- De recevoir des soins en cas d'urgence;

7- De participer aux décisions qui concernent son état de santé et de bien-être;

8- À des services en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise, selon le programme d'accès à ces services élaboré dans chaque région;

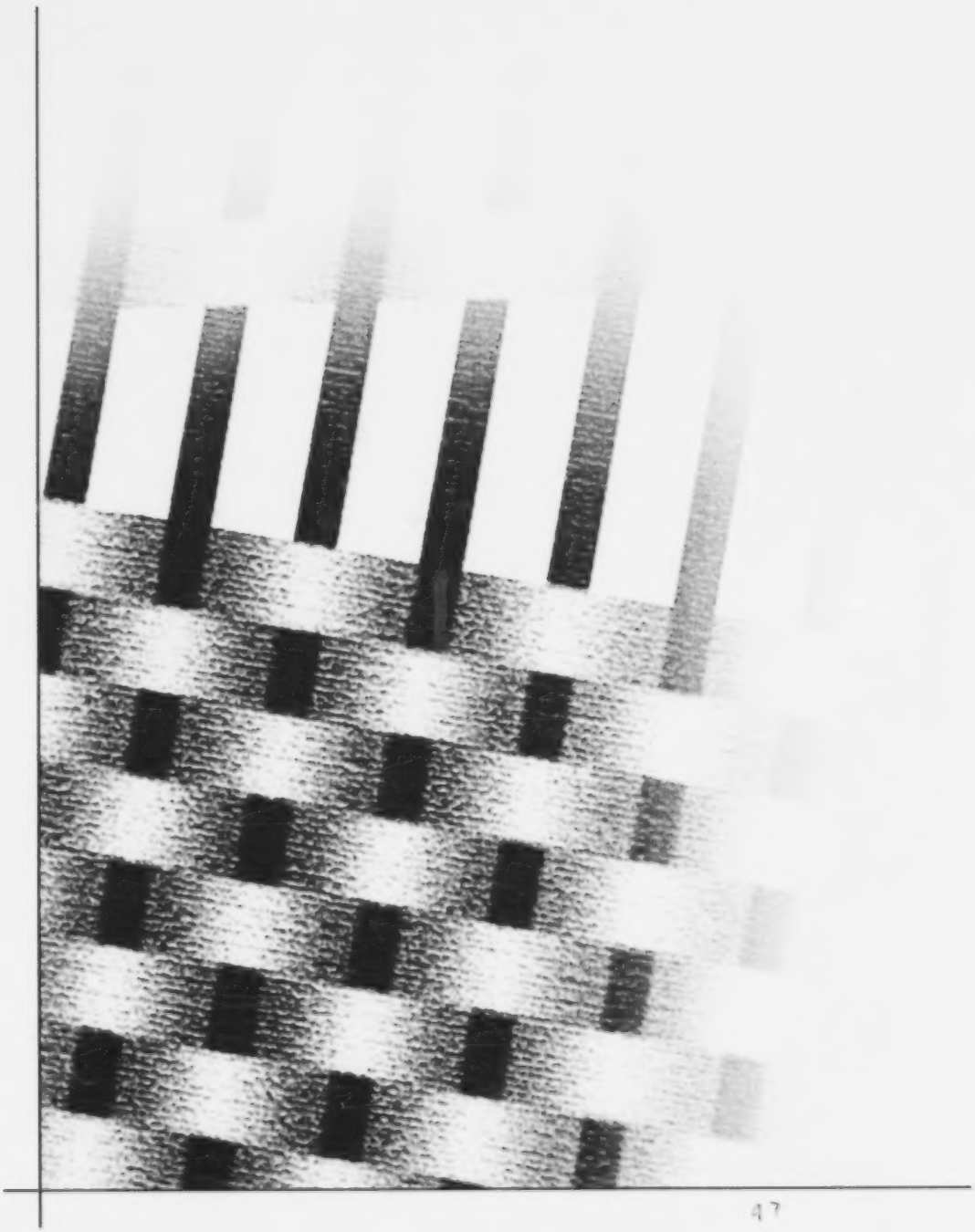
9- D'être assisté et accompagné d'une personne de son choix lorsque qu'il désire obtenir un service ou des informations;

10-D'exercer un recours lorsqu'une faute a été commise à son endroit;

11-D'accès à son dossier.

Partie 10

L'INFORMATION À LA POPULATION



L'INFORMATION À LA POPULATION

La transformation du réseau en Mauricie et au Centre-du-Québec a introduit d'importants changements, tant dans les structures des établissements que dans le portrait des services de santé et des services sociaux. En l'espace de quelques années seulement, le visage du réseau régional s'est profondément transformé en passant de 65 à 27 établissements. Avec les fusions et intégrations qui ont eu cours, plusieurs établissements ont changé de raison sociale. Le portrait des services de même que les lieux de distribution ont également été modifiés.

Cette grande transformation a eu des répercussions chez la population en général, la clientèle et le personnel du réseau. Ces changements ont mis les citoyens à rude épreuve dans leur compréhension du système et leur capacité de s'orienter adéquatement dans celui-ci. La vision globale des services demeure une réalité abstraite pour beaucoup trop de personnes alors que le bien-fondé de la transformation est associé uniquement aux coupures budgétaires, malgré l'information transmise. Or, la vitesse du changement, l'ampleur de la transformation et la complexité du réseau posent un défi à l'information, lequel défi est étroitement associé à l'accessibilité et à la qualité des services.

La perception de la population envers la transformation

Voici quelques constats tirés d'un sondage mené au Québec et auprès d'un échantillon de la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec en 1996 :

- Il se dégage, à travers la province, une perception négative de la transformation du réseau même si la majorité de la population adhère à la nécessité des changements.
- En raison de la rapidité et de l'ampleur de l'exercice, une bonne partie de la population ne comprend toujours pas les motivations de cette transformation.
- Plus de la moitié de la population affirme que les coupures des dépenses constituent la principale raison de réformer le système.
- Les usagers pris individuellement sont satisfaits des services reçus dans une proportion de 80 %.
- La population se sent peu ou pas informée et elle est inquiète malgré l'information transmise.
- Les CLSC sont les premiers établissements identifiés pour obtenir de l'information rapidement en matière de santé. L'Info-santé demeure cependant un service méconnu des trois quarts de la population.
- Trois personnes sur cinq se disent insuffisamment informées sur les services en CLSC.
- La grande majorité de la population porte un niveau de confiance élevé envers les principaux établissements ou professionnels de la santé.
- Près de trois personnes sur cinq estiment que la qualité des services s'est détériorée dans la dernière année.
- Seulement une personne sur quatre croit que les délais d'accessibilité aux services vont s'améliorer avec la transformation.
- Les trois quarts de la population se disent inquiets des listes d'attente dans l'éventualité où ils auraient à subir une opération en chirurgie.
- La très forte majorité de la population est en accord avec le développement des services à domicile et le désengorgement des urgences. Les trois quarts sont favorables à l'augmentation de la chirurgie d'un jour.
- Dans la région, 75 % des personnes reconnaissent l'apport des nouvelles technologies pour modifier et améliorer les services.

Le personnel du réseau et l'information

Enfin, le bilan de la transformation a mis en lumière la carence d'information chez le personnel de la région en ce qui a trait à la connaissance du nouveau réseau régional. Cette carence est d'autant plus présente chez le personnel dont l'organisation a vécu une intégration ou une fusion d'établissements. Plusieurs personnes ont évoqué cette difficulté à se retrouver dans ce nouveau réseau régional et au sein même de leur propre organisation. Actuellement, beaucoup d'employés du réseau apprivoisent un nouveau département de travail en plus d'une nouvelle organisation. Si la plupart exerce un emploi spécialisé, chacun a besoin d'une vision générale et complète de l'environnement qui l'entoure pour exercer son métier, sa profession ou son engagement bénévole. Or, s'il y a un autre défi qui s'impose, c'est bien celui de reconnaître à juste titre la plus grande richesse du réseau régional : son capital humain avec ses 14 000 personnes bénévoles, administrateurs, gestionnaires et salariés. Ce sont là 14 000 piliers de l'accessibilité et de la qualité des services dont la force d'action repose particulièrement sur l'accès à une information fiable et continue. Ce sont là 14 000 informateurs potentiels, des hommes et des femmes, citoyens eux-mêmes, qui doivent posséder l'information pertinente sur le réseau pour maintenir et renforcer les liens de confiance qu'ils tissent chaque jour avec la clientèle. La reconnaissance passe, entre autres, par ce défi de bien les informer.

Les orientations

Les orientations nationales

« C'est autour de l'amélioration de l'accessibilité que sont canalisées les énergies et mobilisés l'ensemble des acteurs engagés au sein du réseau de la santé et des services sociaux. »[1] Les orientations nationales et régionales sont claires pour atteindre cet objectif. « Le principal moyen repose sur les réseaux de services intégrés qui, non seulement permettent un meilleur accès pour la population, mais offrent également des garanties d'une plus grande qualité des services. Par réseaux de services intégrés, il faut comprendre, notamment, la circulation rapide et continue des personnes et de l'information à travers les différents niveaux de services (...) de même que l'établissement de points d'accès reconnus au système de santé et de services sociaux, c'est-à-dire l'Info-santé sur une base 24/7, les CLSC, les cabinets de médecins, les organismes communautaires et, ultimement, l'urgence du centre hospitalier lorsque nécessaire ».

Ces orientations précisent le sens à donner à l'information à la population.

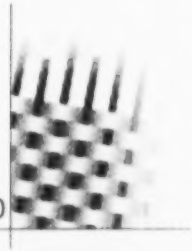
La planification régionale

Les orientations ministérielles désignent le palier régional comme le centre de la coordination des services. Il s'agit là, notamment, d'un rôle de planification régionale. C'est pourquoi au niveau de l'information à la population, la Régie régionale entend former une table régionale sur les communications dont le mandat est de participer au développement d'un plan de communication réseau et à sa mise en œuvre. La réalisation de ce plan s'échelonnera sur la période de 1999-2002 et mettra à contribution la Régie régionale et les établissements. La Régie régionale entend particulièrement :

- Coordonner les travaux d'élaboration du plan de communication et de sa mise en œuvre.
- Fournir une expertise conseil à la table des communications.
- Privilégier l'action sur la base locale, soit les territoires de CLSC.
- Respecter et faire refléter les particularités locales.
- Assurer l'intégration et la cohérence des messages, des outils de communication et des moyens d'intervention.
- Soutenir et faciliter les processus de mise en commun des outils et des moyens.
- Assurer une intervention régionale auprès de la population en général et auprès des acteurs régionaux (s'il y a lieu).
- Soutenir la table des communications pour déterminer les ressources financières requises à la mise en œuvre du plan de communication.

Le territoire local

Les orientations nationales vont dans le sens où le CLSC est la porte d'entrée du système. C'est à lui que revient la responsabilité d'informer la population du territoire sur les endroits où les services sont disponibles et de diriger les personnes vers les bonnes ressources, lorsqu'il n'offre pas lui-même les services requis. Les orientations régionales, quant à elles, veulent renforcer l'accès, l'action et l'information sur la base locale, soit par territoire de CLSC. Pour renforcer ce rôle d'information, la Régie régionale et les autres établissements doivent apporter leur soutien aux CLSC



pour contribuer à la circulation fluide de l'information au sein du réseau et auprès de la population en général.

L'information à la population et aux personnes qui contribuent au réseau régional

Un plan de communication réseau

La Régie régionale propose d'élaborer, en étroite association avec les établissements du réseau, un plan de communication pour accroître la connaissance et la compréhension du réseau régional auprès de la population en général et des personnes[2] qui contribuent à ce réseau. La pertinence, l'honnêteté, la cohérence, la régularité, le langage simple et précis seront gages de succès pour une utilisation judicieuse des services. Le plan de communication comportera trois volets qui s'élaboreront sur le thème de la consolidation du réseau qui s'intitule *Pour un réseau tissé serré* :

- Le premier volet portera sur les services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux et sur la contribution des organismes communautaires. Il devra mettre à contribution particulièrement les CLSC dans sa planification et sa mise en œuvre pour favoriser l'accessibilité aux services et leur utilisation judicieuse sur une base locale. Il devra, en outre, refléter les particularités locales et respecter les dynamiques territoriales. Ce volet associera également les centres hospitaliers, les CHSLD, les établissements régionaux ainsi que les organismes communautaires au niveau de la planification afin de permettre une vue d'ensemble des services à partir des onze points de vue territoriaux.

  Ce premier volet devra traiter des services médicaux, mais également des services sociaux disponibles aux clientèles prioritaires telles que les familles et les jeunes, les personnes âgées, les personnes présentant des problèmes de santé mentale, d'alcoolisme et toxicomanie et les personnes handicapées. Enfin, ce volet devra prévoir des stratégies d'information auprès de tout le personnel du réseau afin de l'outiller dans son rôle potentiel d'informateur clé auprès de la population. À ce titre, tous les établissements devront s'impliquer dans la mise en œuvre de ces stratégies afin de pouvoir compter sur une circulation fluide de l'information. Enfin, le volet 1 est un préalable aux autres volets du plan de communication et s'avère très urgent à réaliser.

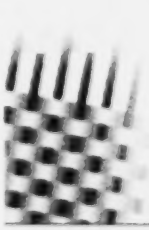
- Le deuxième volet portera sur les services en termes d'accessibilité et de qualité. Il visera à rassurer la population en prenant force et appui sur les engagements du réseau d'établissements, les indicateurs liés aux résultats atteints et sur la satisfaction des usagers. Il devra, en outre, reconnaître la contribution du personnel et des organismes communautaires et promouvoir les nouveaux services, les projets novateurs, les changements de pratique qui témoignent de la performance du réseau. Ce volet devra mettre à contribution l'ensemble des établissements dans sa planification et sa mise en œuvre. Le volet 2 est toutefois dépendant de la vitesse de consolidation des services, des changements de pratique, de la prise d'engagements du réseau et des indicateurs de mesure de résultats.
- Le troisième volet portera sur la participation de la population aux instances décisionnelles et participatives du réseau et sur ses droits et responsabilités. Il s'agira, entre autres, de susciter l'intérêt de la population à participer aux conseils d'administration des établissements, aux comités d'usagers, etc. Ce volet devra inclure la promotion de la protection des droits des usagers auprès du personnel. Il devra mettre à contribution l'ensemble des établissements dans sa planification et sa mise en œuvre et assurer la concordance avec les services de traitement des plaintes et le programme de l'amélioration continue de la qualité des services du réseau.

  Le plan de communication devra être élaboré à partir des objectifs généraux décrits ci-après, mais en ayant toujours à l'esprit et chaque fois que ce sera possible de :

- Faire les liens avec les orientations du plan de consolidation.
- Reconnaître et valoriser le travail du personnel et des personnes qui contribuent au réseau.
- Reconnaître la contribution des organismes communautaires et bénévoles de même que celle des comités d'usagers.
- Donner à la population des exemples favorisant sa santé et son bien-être.
- Amener la population à se responsabiliser à une utilisation judicieuse des services sur la base locale.

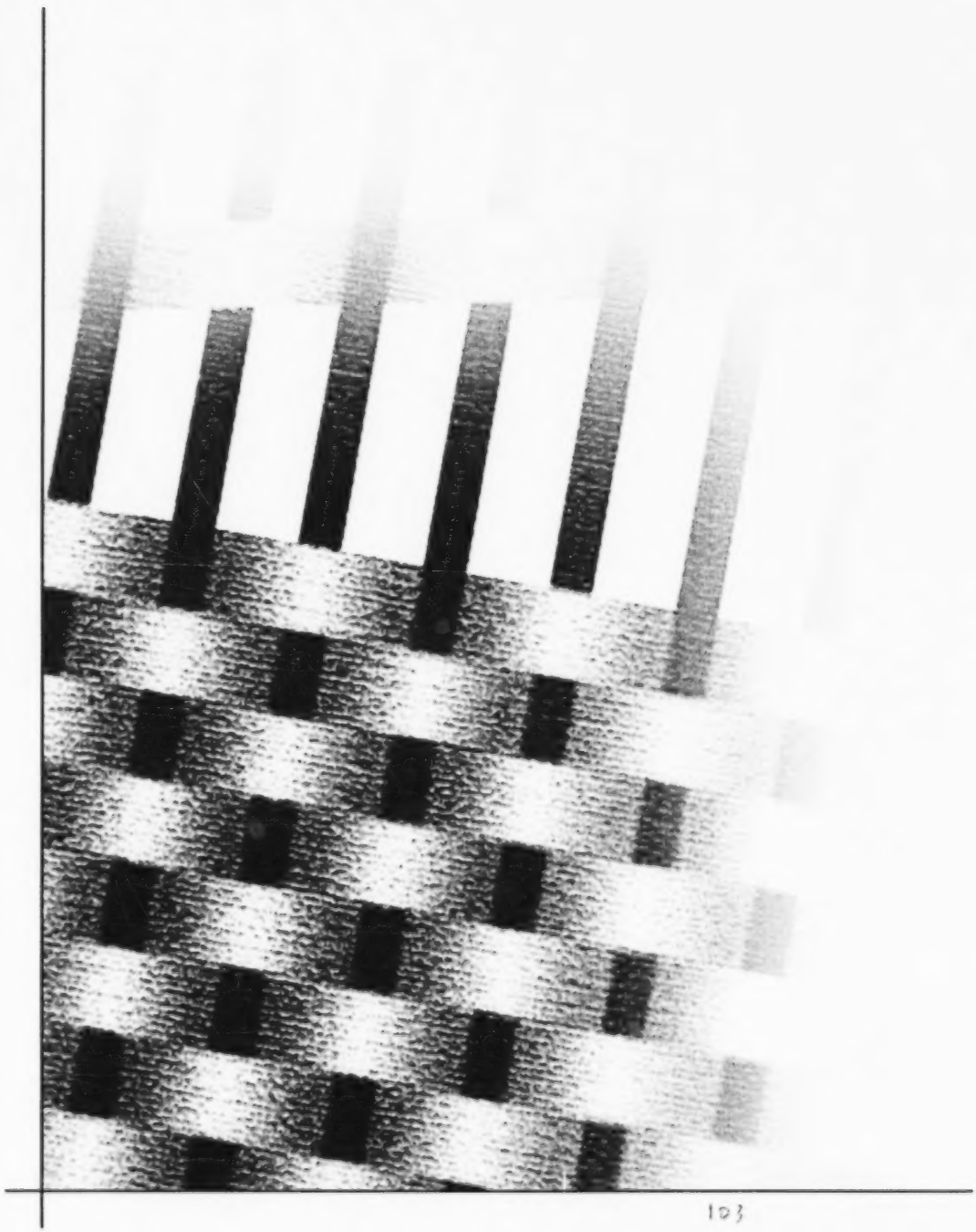
1 Ministère de la Santé et des Services sociaux; Les services à la population 1998-1999 à 2000-2001; cahier des orientations ministérielles, 1998.

2 Dans le texte les personnes qui contribuent au réseau signifient autant les bénévoles au sein des fondations que les administrateurs du réseau, les gestionnaires et les salariés.



Partie 11

LES CONDITIONS DE RÉALISATION



LES CONDITIONS DE RÉALISATION

Le territoire comme lieu privilégié de concertation

Puisque la finalité du système de santé est d'améliorer l'état de santé et de bien-être des personnes individuellement et collectivement, le temps est venu de changer de perspective, de sortir de l'unique logique de mission d'établissements et de revoir l'organisation des services en se centrant sur les besoins de la personne, de sa famille et de la communauté à laquelle elle appartient. Dans le cadre légal actuel, il est possible de tendre vers une organisation plus réticulaire, à savoir un réseau de services intégrés dans un véritable réseau d'établissements et d'organismes.

Il ne s'agit pas uniquement de restructurer les établissements et les organismes du réseau, s'il y a lieu, mais de créer une nouvelle dynamique organisationnelle et relationnelle. L'approche de gestion horizontale des programmes clientèles doit amener une cohérence entre les objectifs de résultats et le financement ainsi que l'organisation des services telle que requise. Pour ce faire, il faudra inventer de nouvelles formes de gestion et d'organisation allégées, simplifiées, décentralisées permettant la participation de tous les acteurs, chacun à son niveau d'implication, dans de véritables réseaux intégrés de services dans chacun des territoires.

Des orientations retenues dans ce projet *Consolidation 1999-2002*, il ressort très clairement qu'il s'avère nécessaire de faciliter la mise en place de processus décisionnels (administratifs et cliniques) transparents, connus et partagés par l'ensemble des partenaires concernés, tant au niveau territorial que régional. Ces instances de concertation doivent refléter les réalités culturelles et organisationnelles de chacun des territoires et respecter certaines alliances stratégiques entre les territoires.

Il faut s'assurer de faire vivre la concertation, au-delà des incitatifs financiers, par la mise en place de processus de concertation fonctionnels dans chacun des territoires adaptés aux couleurs locales et facilitant les interfaces nécessaires entre les services publics, communautaires et privés. L'implantation des mécanismes de concertation assurent un lien continu entre les préoccupations des clients, des partenaires sectoriels et intersectoriels sur le terrain, des décideurs et celles des professionnels et des médecins. Ces espaces d'échanges véritables garantissent la circulation et le partage des informations pouvant favoriser l'équité dans l'allocation des ressources entre les programmes clientèles et entre les territoires.

Voici un modèle en expérimentation dans la région des Bois-Francs qui illustre l'interdépendance des mécanismes de concertation intersectoriels aux divers niveaux décisionnels dans la planification des services :

- **Au niveau stratégique** : une Table territoriale de concertation des services de santé et des services sociaux, composée des décideurs des établissements, des organismes communautaires, d'autres partenaires intersectoriels afin de tendre vers une gestion intégrée de l'allocation des ressources pour chacune des clientèles et leur programme de santé;
- **Au niveau tactique** : des comités territoriaux de coordination de services par clientèle ou problématique, mandatés par la Table où siègent des clients, des représentants des services publics, communautaires et privés, assurent le suivi de la coordination de services (voir niveau clinique) et favorisent l'adaptation continue des services aux besoins des clients allant de la promotion de la santé, la prévention des maladies et le dépistage, l'adaptation et la réadaptation, aux traitements et aux besoins d'hébergement;
- **Au niveau clinique** : des équipes cliniques interétablissements et organismes assurant un lien continu entre les clients et le réseau de services intégrés (gestion de cas, équipes intégrées, de suivi intensif, etc.), reconnues par l'ensemble des partenaires.

La Régie régionale s'engage à jouer son rôle de vigile, d'animateur, de mobilisateur, de régulateur et d'arbitrage, lorsque requis, en travaillant de façon constante avec les instances de concertation territoriales, comme un partenaire à part entière. La Régie régionale respectera et s'adaptera aux différents modèles choisis par les territoires. Enfin, elle reconnaît l'interdépendance du niveau régional et territorial.

Des défis communs à tous les services à la population

L'intervention optimale, qui vise à offrir de bons services, au bon client, au bon endroit, au bon moment et aux meilleurs coûts, passe par la continuité des services. Des continuums de services doivent se développer dans le réseau de services. Il faut atteindre une intégration des services préventifs, curatifs, d'adaptation et de réadaptation, une interdépendance entre les soins physiques, psychologiques et sociaux, des services efficaces et de qualité.

La mise en place d'un véritable système intégré de services, reconnu par tous les partenaires et adapté aux réalités territoriales et aux besoins de la population, peut ainsi contribuer à modifier les pratiques des professionnels en favorisant l'interdisciplinarité et à assurer une réponse mieux adaptée aux besoins de la population. Un tel système intégré doit également entraîner le développement d'un continuum de services permettant d'atteindre un meilleur équilibre entre les actions en amont des problèmes biopsychosociaux (virage promotion/prévention) et le traitement des conséquences de ces derniers. Il peut enfin amener une véritable gestion par programme basée sur une meilleure articulation des établissements et des organisations sectorielles et intersectorielles, une utilisation plus efficiente des ressources par l'élimination des duplications, la mise en place de ressources dans le milieu (virage ambulatoire) et le partage de ressources.

Pour ce faire, il faut poursuivre ensemble le cheminement vers une compréhension commune de certains concepts et des nouveaux modes de distribution de services afin de pouvoir les adapter aux réalités culturelles, géographiques et organisationnelles des territoires de concertation.

Des continuums de services selon les clientèles

Quels que soient les niveaux de services définis, locaux, régionaux, de base ou spécialisés, dits de première ligne ou de deuxième ligne, privés, publics, communautaires, intersectoriels, quelle que soit la division retenue pour identifier les partenaires, il faut s'assurer de connaître tous les types de services requis sur un continuum selon l'évolution des besoins d'une population par groupe d'âge, en s'assurant de leur accessibilité le plus près possible du citoyen et de leur qualité.

La façon d'élaborer un continuum de services n'est pas encore partagée tant par les acteurs régionaux ou provinciaux que territoriaux. Dans un continuum, les éléments abordés pour chacune des clientèles pourront débuter par les actions en amont d'adaptation de la société (intersectoriel), les services de santé primaire, d'éducation et de dépistage, les services d'évaluation diagnostique et de réadaptation avec ou sans hospitalisation et les services d'hébergement. De tels continuums de services faciliteront une vision intégrée du réseau de services optimal et, par le fait même, la concertation territoriale sur une base davantage clinique (préventive et curative) qu'administrative.

Il est important de se donner une façon de travailler quelle que soit la thématique ou le dossier, sauf en cas d'exception ou de demandes spécifiques des territoires. Ceci implique qu'il faut faire un choix sur une façon constante et commune de présenter l'ensemble des documents d'orientation tant cliniques que budgétaires de la Régie régionale et l'ensemble des plans d'action territoriaux (soit par clientèle, par problématique de santé ou par groupe d'âge).

Des mécanismes de coordination cliniques interdisciplinaires et interservices

Pour plusieurs clientèles, la continuité des soins et services et les mécanismes territoriaux de coordination de services ressortent comme priorités (équipes intégrées en jeunesse/enfance, suivi intensif en santé mentale et en déficience intellectuelle, gestion de cas chez les aînés). Le vocabulaire change pour une même réalité, soit la continuité et l'accessibilité des services pour les clientèles les plus vulnérables ou en perte d'autonomie. D'autre part, une meilleure coordination de services permettra aussi la diminution ou la prévention de situations de crise. De même, pour les clientèles avec double ou triple diagnostics, il deviendrait probablement possible de s'assurer d'une meilleure accessibilité à des services de qualité.

Il existe des modèles de coordination de services qui intègrent les composantes reconnues efficaces et efficientes dans la pratique de services continus : un système de triage et de dépistage avec guichet unique d'accès aux services, la gestion par cas (*case-management*) et le plan de services individualisé. La gestion par cas consiste, pour une personne ou une équipe, à orienter la personne à travers les systèmes de services en établissant une relation continue avec la personne, sa famille et ses proches, en assurant l'accessibilité aux services et en défendant ses intérêts et ses droits (Weils et Karls, 1985 et Capitman et al., 1986). Tous ces éléments doivent être dévelop-

pés ou adaptés au système de santé québécois en plus d'être implantés et évalués dans le contexte de gestion publique. Certaines conditions facilitantes pour actualiser de tels mécanismes de coordination sont bien connues et contiennent instamment la reconnaissance de tous les partenaires et dispensateurs de services impliqués, de même que le respect des forces au niveau du territoire où il est implanté (OCDE, 1994).

Gestion de l'informatisation dans les pratiques cliniques

Cette approche de réseau de services gagne à intégrer des outils de communication cliniques interprofessionnels et interétablissements efficaces en mettant à profit les technologies informatiques. De plus, le suivi du cheminement clinique des usagers tant au plan clinique que financier devra être mis en place. Cependant, ces outils informatisés devront être conçus dans le but de faciliter la communication interprofessionnelle et de soutenir l'adaptation des pratiques cliniques aux besoins changeants des usagers. L'introduction d'outils informatisés dans les pratiques de l'ensemble des professionnels, incluant les médecins, devra être faite en respectant les règles de l'éthique et de la confidentialité pour les usagers. Des projets d'évaluation des effets de l'intégration des nouvelles technologies de l'information dans les pratiques, sur le client, les intervenants et les continuums de services devront être réalisés.

Gestion du maintien des compétences par la formation continue

Des services non seulement efficaces et efficients mais de qualité exigent une attention particulière aux besoins de formation continue, tel que prôné dans le chapitre sur les ressources humaines du présent document. La qualité des soins dépend du maintien de compétence des professionnels, mais aussi du travail en interdisciplinarité et de l'harmonisation des pratiques cliniques, lorsque requis. C'est pourquoi il est important de favoriser des formations conjointes interdisciplinaires, interservices et interétablissements. À titre d'exemple, une formation est actuellement en cours sur l'outil multiclientèle et le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), qui sont des outils facilitateurs des pratiques de soins continus auprès de la clientèle aînée.

Partage d'une vision intégrée de l'évaluation : monitorage, reddition de comptes, recherche

Il faudra compléter et finaliser les choix des indicateurs spécifiques dans chacun des programmes clientèles. D'autre part, il est prévu de se doter d'un tableau de bord régional (système de surveillance et d'alerte sur une base bi-annuelle) composé de certains indicateurs sensibles, afin de suivre de façon continue l'accessibilité et la consolidation des services à la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Le choix de ces indicateurs sera fait en concertation avec les territoires, en tenant compte des données disponibles qui facilitent les comparaisons avec les autres régions du Québec.

La Régie régionale se doit de promouvoir la recherche et le développement en concertation avec les diverses instances de recherche et de développement, comme l'Institut National de santé publique, les organismes subventionnaires québécois et fédéraux (CQRS, FRSQ, FASS, PNRDS, FCRSS, etc.), les instituts universitaires et les universités. Divers projets de recherche en partenariat sont une façon efficace et efficiente de produire des connaissances transférables immédiatement au profit de la population. Par la même occasion, un projet permettra de valoriser l'expertise acquise et de maintenir la compétence des intervenants sur le terrain.

Finalement, il est important de documenter les types de processus efficaces d'implantation de mécanismes de concertation (régional et territorial) et de coordination de services, en supportant des projets de démonstration et d'évaluation. Le projet de continuum des services géronto-gériatriques des Bois-Francs en constitue un exemple.

Un consensus fort, des clients, des partenaires sectoriels et intersectoriels, des décideurs, des professionnels et des médecins

Un consensus fort sur les mesures et l'approche territoriale préconisées ainsi que l'adhésion des partenaires au travail en réseau et à la coopération effective exigent des changements d'attitudes de la part des gestionnaires et des professionnels.

Cette nouvelle façon de travailler mérite d'être bien planifiée et évaluée, car elle exige un nouveau partage du pouvoir, des changements de mentalités et de modes de pratique tant de la part des gestionnaires que des professionnels de la santé et enfin, la participation pleine et entière des usagers à toutes les étapes du processus de la production de soins et de services.

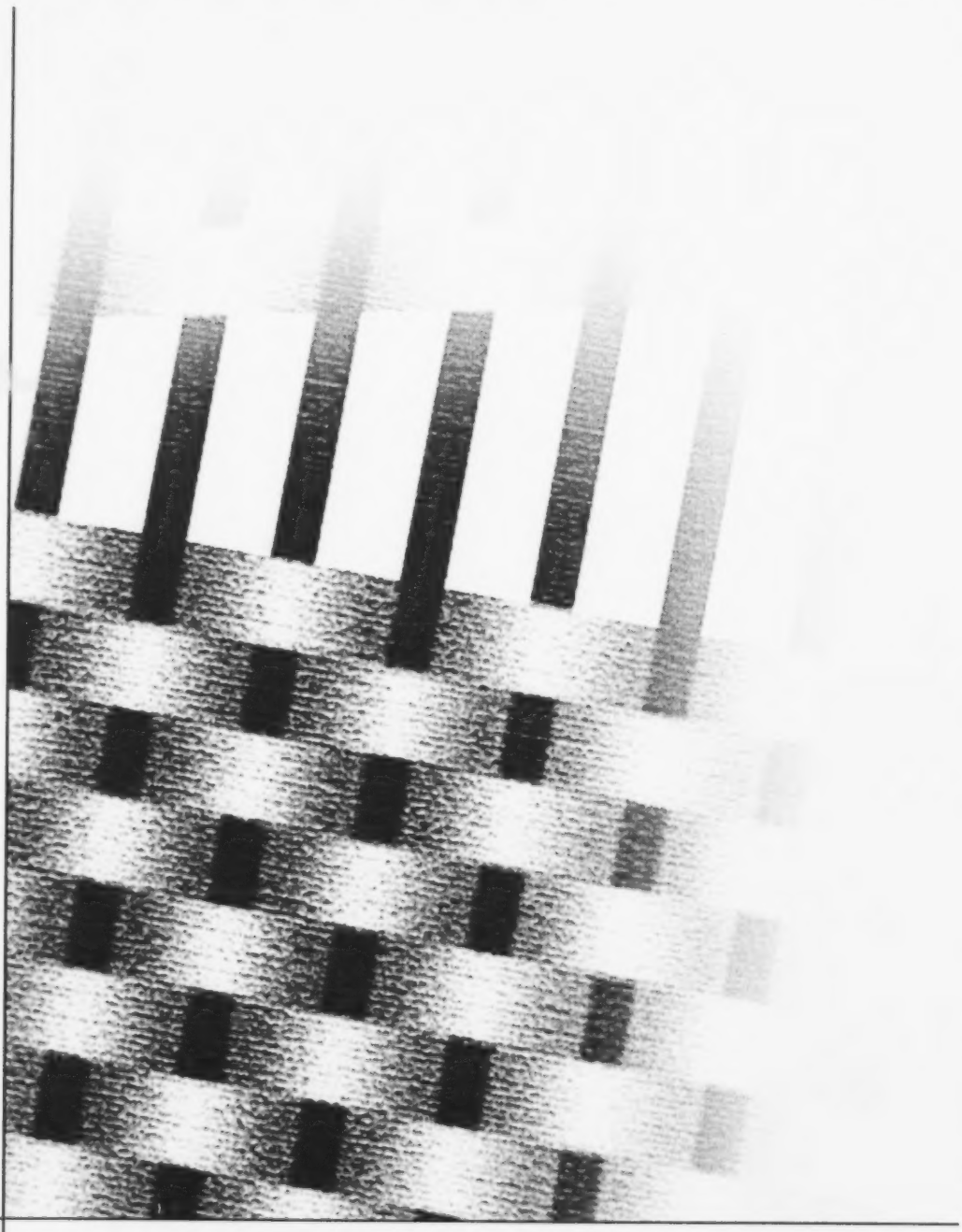
Les intervenants et les gestionnaires doivent aussi développer un sentiment d'appartenance à une communauté, un territoire, une équipe élargie de travail autour d'un client et non uniquement à un service, une discipline ou un établissement. La constance est le changement dans les pratiques professionnelles et organisationnelles, quelle que soit la terminologie utilisée (la consolidation, la transformation, la continuité, la coordination, la pertinence, l'efficacité, l'efficience). Ce qui est essentiel, c'est le travail continu sur l'adaptation des services aux besoins de la population, ce qui implique une évolution constante des acteurs impliqués.

L'amélioration continue de la qualité des services passe aussi par des informations aux usagers en temps opportun, en soutenant leur implication aux divers niveaux de planification de services. Par exemple, un des défis majeurs du réseau réside dans la participation des usagers et de leurs représentants aux équipes interdisciplinaires, aux décisions concernant leur plan d'intervention et leur plan de services individualisés, ce qui implique de nouvelles façons de savoir-être et de savoir-faire de la part des intervenants.

Ainsi, la consolidation de la gamme de services deviendra l'occasion d'un projet commun des différents acteurs des communautés et contribuera sûrement à maintenir le bien-être de la population au centre des préoccupations du réseau régional.

Partie 12

LA DÉMARCHE DE CONSULTATION



LA DÉMARCHE DE CONSULTATION

Lors d'une assemblée du conseil d'administration qui se tiendra en mars 1999, la Régie régionale adoptera le projet de consolidation du réseau de la santé et des services sociaux qui sera soumis au ministre, pour approbation, avant sa mise en œuvre dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. La Régie régionale tient à informer la population et à consulter des groupes d'usagers et les organismes concernés sur le projet qu'elle met de l'avant. Par cette consultation, elle souhaite vérifier l'adhésion aux orientations et aux mesures proposées dans le projet et en améliorer le contenu. Elle souhaite également susciter une concertation des organismes concernés, particulièrement au niveau territorial. À cet égard, un mandat est confié aux CLSC pour agir comme animateurs et mobilisateurs de cette concertation auprès des organismes de leur territoire respectif. La démarche d'information et de consultation est conduite par l'équipe de direction de la Régie régionale.

Les séances d'information

Deux séances d'information auront lieu lors des lancements régionaux du projet de consolidation les 8 et 9 décembre 1998 en Mauricie et au Centre-du-Québec, dans le but de faire connaître :

- Les raisons qui amènent à consolider les services offerts à la population.
- les principales améliorations qui sont envisagées pour la consolidation des services.
- Les modalités de la démarche de consultation et la documentation.

Les coordonnées des lancements sont les suivantes :

Au Centre-du-Québec :

Le mardi 8 décembre 1998, à 19 h
Hôtellerie Le Dauphin
600, Boulevard St-Joseph
Drummondville

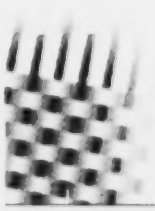
En Mauricie :

Le mercredi 9 décembre 1998, à 19 h
Centre des Congrès, Auberge des Gouverneurs
1100, Promenade St-Maurice
Shawinigan

La consultation

La consultation s'adresse à toutes les personnes et les organismes qui désirent faire connaître leur opinion sur le projet de consolidation du réseau de la santé et des services sociaux. Elle vise à améliorer la proposition mise de l'avant par la Régie régionale et à faciliter la mise en œuvre des décisions qui seront prises en mars 1999.

Par ailleurs, la démarche de consultation veut encourager tant l'expression individuelle que collective. C'est pourquoi la démarche de consultation comprend, outre les avis écrits, la concertation territoriale et régionale, les groupes de discussions avec les usagers et les avis en provenance des instances permanentes de la Régie régionale. Les audiences publiques privilégient, quant à elles, l'audition des expressions collectives et deviennent, pour ainsi dire, un lieu pour effectuer la plénière de la démarche de consultation.



Les avis écrits

Dans le cadre de cette consultation, l'avis écrit est le moyen privilégié pour toutes les personnes et les organismes qui désirent exprimer, sur une base individuelle ou collective, leur opinion sur le projet de consolidation. Un avis écrit c'est la formulation d'une opinion émise en faveur ou contre un argument invoqué dans un débat sur un sujet donné et qui peut contenir des suggestions qui visent à en modifier les éléments.

Les personnes et les organismes qui désirent formuler un avis écrit doivent respecter les consignes apparaissant dans le document intitulé *Modalités de présentation des avis écrits* à se procurer à la Régie régionale. Pour l'essentiel, les avis doivent comporter :

- l'identification de la personne ou de l'organisme ;
- une prise de position sur chacune des huit orientations du projet de consolidation ;
- tout autre point de vue, commentaire, interrogation ou proposition nouvelle sur l'ensemble des mesures du projet de consolidation ;
- l'indication des motifs et la formulation de contre-proposition lorsqu'il y a désaccord partiel ou total sur un thème.

Les avis écrits doivent être acheminés à l'adresse suivante :

Avis écrits
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
550, rue Bonaventure
Trois-Rivières (Québec)
G9A 2B5

Téléphone : (819) 693-3636
Télécopieur : (819) 373-1627

Adresse émail : *diane_chiasson@ssss.gouv.qc.ca*

Les avis écrits doivent parvenir à la Régie régionale avant le 3 février 1999, 17 h.

La concertation territoriale et régionale

Entre le 10 décembre 1998 et le 31 janvier 1999, chaque CLSC de la région a le mandat d'assurer l'animation et la mobilisation des établissements de santé et de services sociaux (incluant les établissements à vocation régionale qui dispensent des services sur le territoire), des organismes communautaires et des organismes intersectoriels tels le Conseil local de développement (CLD), les municipalités ou la commission scolaire, afin de :

- Susciter une concertation et obtenir une expression territoriale sur le projet de consolidation lors des audiences publiques : la position des organismes du territoire sur chacune des huit orientations du projet de consolidation ; les points de convergence des acteurs, les points de divergence entre eux sur l'ensemble des mesures du projet de même que les propositions d'amélioration faisant l'objet de consensus.
- Voir à ce que soient nommés trois porte-parole qui livreront l'expression du territoire lors des audiences publiques, selon les catégories suivantes :
  - ~ un porte-parole provenant des établissements du territoire;
  - ~ un porte-parole provenant des organismes communautaires du territoire;
  - ~ un porte-parole provenant des organismes intersectoriels sur le territoire (CLD, municipal, scolaire).

Par ailleurs, les quatre centres hospitaliers de la région, ainsi que le Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice pour son volet hospitalier, sont invités à se concerter pour émettre conjointement une opinion lors des audiences publiques. Une telle expression conjointe est aussi attendue des établissements à vocation régionale, soit les Centres jeunesse, le Centre de services en déficience intellectuelle, le Centre de réadaptation InterVal et Domrémy 04. Ces établissements seront également invités à se prononcer sur chacune des huit orientations du projet de consolidation et sur l'ensemble des mesures lors des audiences publiques.

La parole aux usagers

Entre le 10 décembre 1998 et le 31 janvier 1999, la Régie régionale tiendra aussi des rencontres avec des groupes d'usagers pour aller chercher leurs points de vue sur le projet de consolidation, notamment en ce qui concerne l'amélioration continue de la qualité des services. Ces groupes seront invités à se nommer un ou des porte-parole afin de présenter le résultat de leurs discussions lors des audiences publiques.

Les instances de la Régie régionale

Toujours durant la période du 10 décembre 1998 au 31 janvier 1999, la Régie régionale sollicitera des avis écrits sur le projet de consolidation auprès des instances permanentes de la Régie régionale que sont la Commission médicale régionale, le comité de conditions de vie des femmes et le comité sur l'accès aux services en langue anglaise.

Les audiences publiques

La Régie régionale tiendra deux jours d'audiences publiques dont les coordonnées sont les suivantes :

Dates : 2 et 3 février 1999

Horaire : 9 h à 21 h

Lieu : Centre des Congrès
Hôtel Delta, Trois-Rivières
Salon le Trifluvien (A et B)

Les audiences publiques complètent la démarche de consultation en permettant l'expression collective d'autres points de vue, pour la plupart, non obtenus par les avis écrits. Elles sont réservées aux groupes d'usagers, aux organismes qui se sont regroupés durant la phase de concertation territoriale et régionale de même qu'aux organismes régionaux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Les audiences publiques veulent ainsi faire ressortir le maximum de points de vue et que ceux-ci soient connus et entendus par l'ensemble. Elles sont un moyen pour discuter et enrichir les orientations et les mesures du projet de consolidation ainsi qu'un lieu d'échange pour bonifier la consultation écrite. Au cours des deux jours d'audition, l'équipe de direction de la Régie régionale pourra entendre un maximum de 35 présentations dont celles :

- des onze territoires de CLSC (les porte-parole désignés lors de la période de concertation territoriale);
- des organismes communautaires représentés par le TROC;
- des établissements régionaux conjointement;
- des quatre Centres hospitaliers de la région et du Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice pour son volet hospitalier;
- des groupes de discussion des usagers.

Par ailleurs, la Régie souhaite entendre des organismes de niveau régional qui en feront la demande. Parmi les organismes visés, mentionnons à titre indicatif :

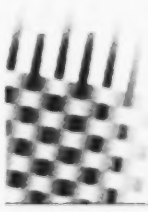
- les conseils des médecins, dentistes, pharmaciens (CMDP) conjointement ;
- les associations régionales représentant le personnel cadre ou salarié du réseau de la santé et des services sociaux ;
- le bureau régional du ministère des Régions,
- les conseils régionaux de développement de la Mauricie (04) et du Centre-du-Québec (17) ;
- le regroupement des municipalités régionales de comté ;
- le bureau régional du ministère de l'Éducation ;
- l'Université du Québec à Trois-Rivières ;
- les cégeps ;
- le bureau régional de la Sécurité publique ;
- le bureau régional du ministère de la Justice.

Les organismes qui désirent être entendus lors des audiences publiques doivent le mentionner dans une lettre accompagnant leur avis écrit ou téléphoner au (819) 693-3636. La date et l'heure de chaque audition seront communiquées après le 15 janvier 1999 aux organismes concernés.

S'il s'avérait impossible de recevoir tous les organismes qui en font la demande, l'équipe de direction favorisera une représentation équitable des organismes du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires.

Cheminement des avis écrits et des commentaires reçus lors des audiences

Les avis reçus lors de la consultation et les commentaires entendus lors des audiences seront présentés au conseil d'administration de la Régie régionale par l'équipe de direction.



L'ensemble des avis écrits reçus dans le cadre de cette consultation seront déposés au centre de documentation de la Régie régionale et pourront être consultés après les audiences publiques, le 4 février 1999. Avant cette date, les avis écrits demeurent la propriété de chaque individu, groupe ou organisme.

Arrangements spéciaux

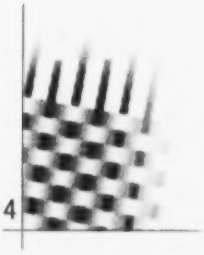
Les participants qui aimeraient recevoir les services d'un interprète ou qui auraient besoin de matériel audiovisuel pour leur présentation aux audiences sont priés de le mentionner lors de leur inscription.

Pour tout renseignement concernant les audiences publiques, la production des avis écrits ou tout autre sujet relié à la consultation, communiquer avec :

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
550, rue Bonaventure
Trois-Rivières (Québec)
G9A 2B5

Téléphone : (819) 693-3636
Télécopieur : (819) 373-1627

Adresse émail : *diane_chiasson@ssss.gouv.qc.ca*



Références bibliographiques

Capitman, J.A. et al. (1986). Case Management Approaches in Coordinated Community-Orientetd Long-Terme Care Demonstration, *The Gerontologist, vol 26, no 4, pp.398-404.*

Collège des médecins du Québec (1998). Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000, *Montréal, Collège des médecins du Québec - Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, 277 p.*

Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux (1998). Bruit et surdité professionnelle - Document de réflexion sur les orientations provinciales du réseau de la santé et des services sociaux, *Conseil des directeurs de la santé publique, Conseil des directeurs de la santé publique, 31 p.*

Conseil québécois d'agrément des établissements de santé et de services sociaux (1997). Le système d'agrément, *Montréal, Conseil québécois d'agrément des établissements de santé et de services sociaux, 46 p.*

Groupe d'analyse de l'impact du virage ambulatoire (1997). Rapport du groupe d'analyse de l'impact du virage ambulatoire sur les services en CLSC, *Trois-Rivières, Groupe d'analyse de l'impact du virage ambulatoire, 42 p.*

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1995). Guide de prévention des chutes en centre d'hébergement et de soins de longue durée, *Québec, MSSS et Direction générale de la santé publique, 120 p.*

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). Notre force, des personnes compétentes et dévouées, *Québec, MSSS, 12 p.*

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). Politique de la santé et du bien-être (La), *Québec, MSSS, 192 p.*

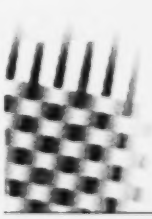
Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). Priorités nationales de santé publique 1997-2002, *Québec, MSSS, 103 p.*

Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) (1994). Protéger les personnes âgées dépendantes, Nouvelles orientations, *OCDE, chapitre cinq sur la gestion par cas, Étude de politique sociale, no.14, 155 p.*

Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie - Bois-Francs (1994). Politique de la santé et du bien-être - Stratégies d'action prioritaires 1995-2001, *Trois-Rivières, Régie régionale, 56 p.*

Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie - Bois-Francs (1997). Transformation de l'organisation (La), *Trois-Rivières, Régie régionale, 47 p.*

Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie - Bois-Francs (1997). Transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie - Bois-Francs (La), Décisions 1996, *Trois-Rivières, Régie régionale, 102 p.*

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (1998). Rapport d'étape de l'actualisation du plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie - Bois-Francs, *Trois-Rivières, Régie régionale, pag. mult.*

Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre (1994). La qualité des services et la satisfaction des usagers, *Montréal, Direction des relations avec la communauté, 25 p.*